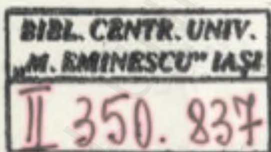
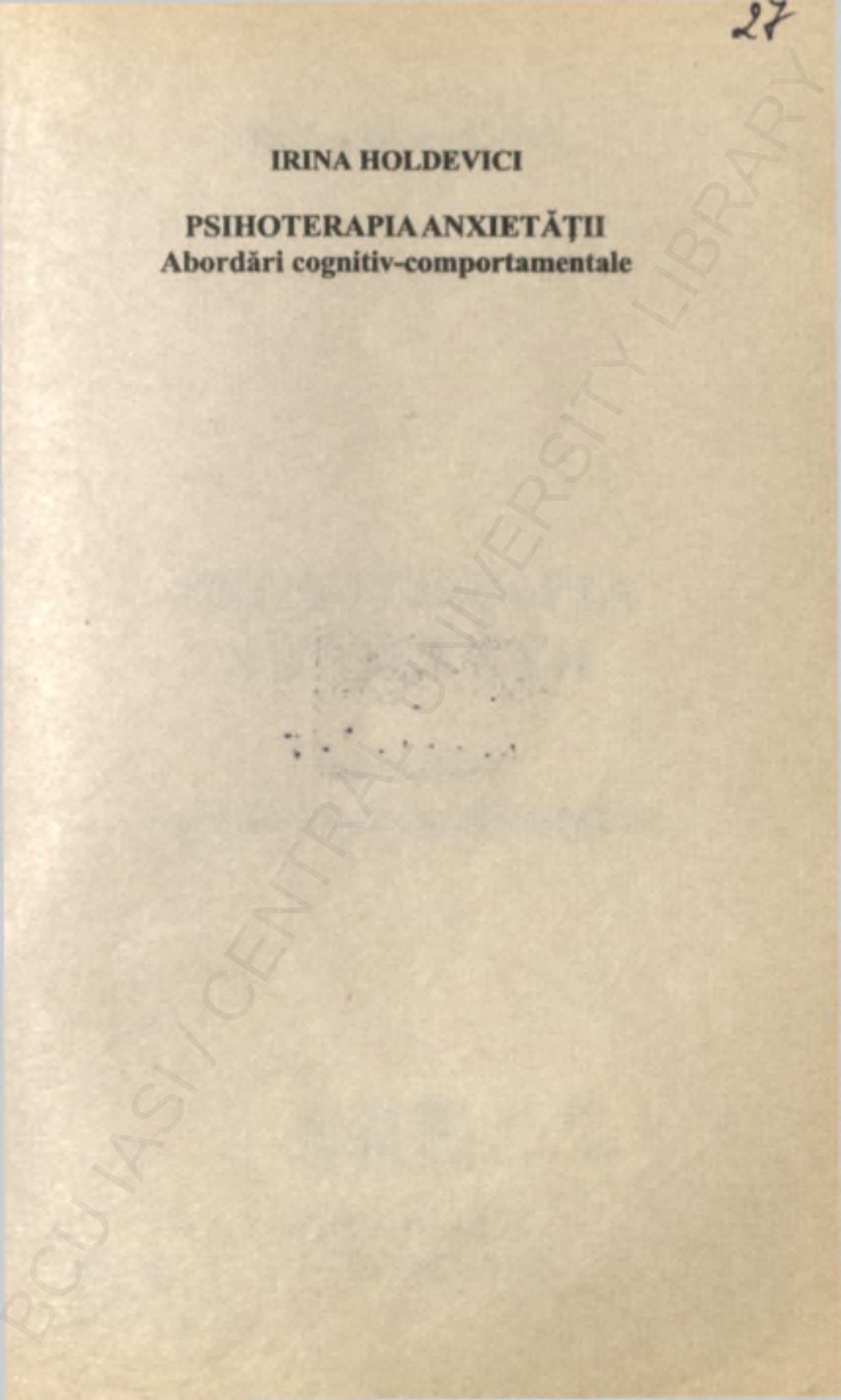
IRINA HOLDEVICI

PSIHOTERAPIA ANXIETĂȚII

Abordări cognitiv-comportamentale

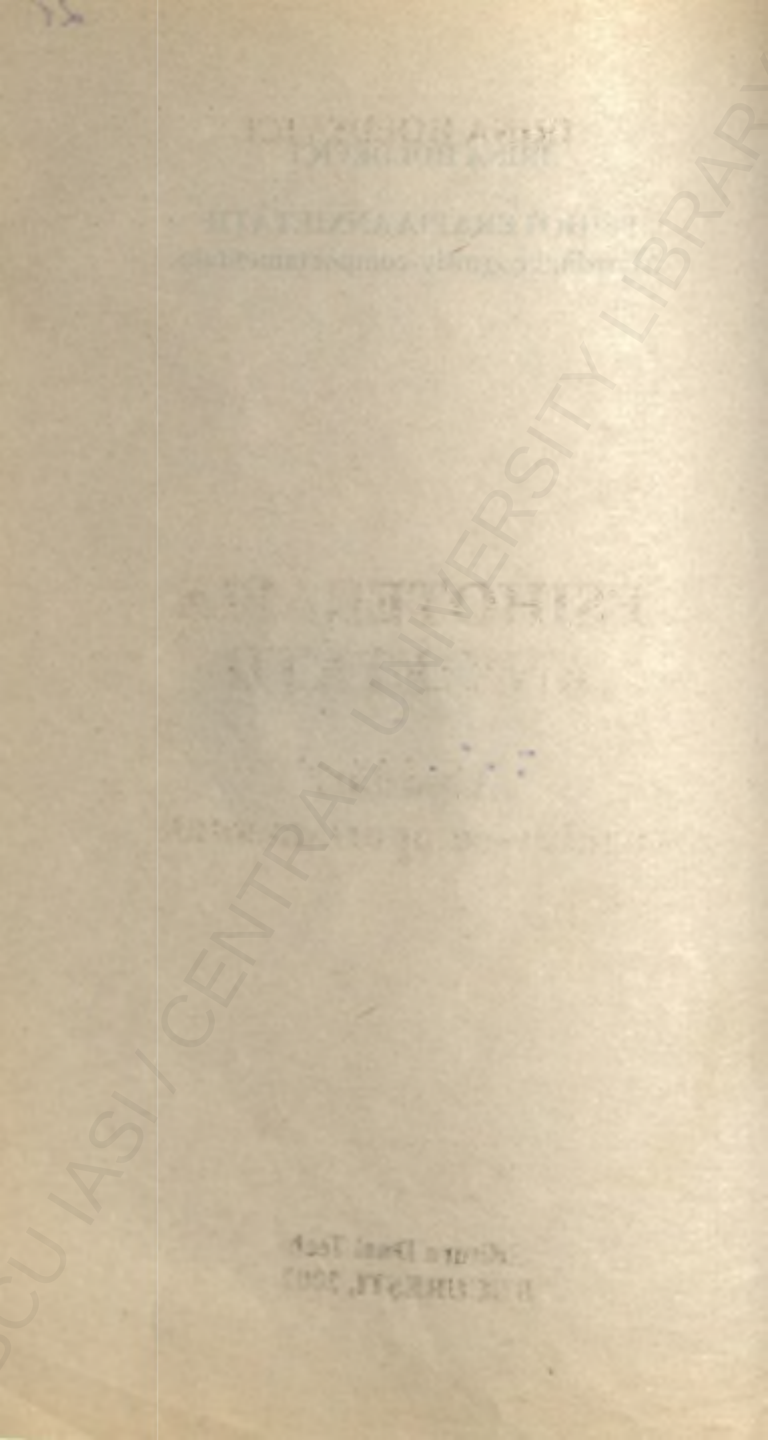
DUAL TECH





IRINA HOLDEVICI

PSIHOTERAPIA ANXIETĂŢII
Abordări cognitiv-comportamentale



IRINA HOLDEVICI

PSIHOTERAPIA ANXIETĂȚII

Abordări cognitiv-comportamentale



Editura Dual Tech
BUCUREȘTI, 2002



Editor: Ioan Albescu

Pentru comenzi adresați-vă la CP 5-144, București

I.S.B.N. 973-85525-2-4

CUPRINS

Cuvânt înainte

Lucrarea „Psihoterapia anxietății. Abordări cognitiv-comportamentale" își propune să prezinte cititorului, în detaliu, un număr de tehnici psihoterapeutice, de orientare comportamentală și cognitiv-comportamentală, tehnici care și-au dovedit eficiența în psihoterapie. Acestea sunt menite să contribuie la reducerea anxietății și la optimizarea comportamentului, fiind centrate pe diminuarea unor simptome psihice și psihosomatice, a consecințelor nedorite ale anxietății și pe rezolvarea problemelor de viață.

Unele din tehnicile prezentate pe parcursul acestei lucrări sunt utilizate în cabinetele de consiliere psihologică și psihoterapie, iar altele, mai simple, pot fi utilizate chiar de persoanele care suferă de tulburări anxioase nu prea grave, în absența unui terapeut calificat.

În prima parte a lucrării sunt prezentate principiile psihoterapiei cognitive și cognitiv-comportamentale, precum și evoluția tehnicilor ce se înscriu în acest domeniu. O atenție specială este acordată metodelor cognitive de evaluare și autoevaluare a tulburărilor anxioase.

În partea a doua a lucrării sunt descrise metode comportamentale și cognitiv-comportamentale de terapie a tulburărilor caracterizate prin anxietate generalizată și atacuri de panică, precum și a tulburărilor fobice și obsesiv-compulsive. Sunt analizate în detaliu și aspectele psihologice ale fobiei sociale.

O parte însemnată a lucrării este dedicată anxietății legate de problemele sexuale și de relațiile interpersonale.

Particularitățile și caracteristicile societății în care trăim, nesiguranța resimțită permanent determină ca din ce în ce mai mulți indivizi să se confrunte cu acest fenomen: anxietatea. Prezenta lucrare se înscrie în acest context. Ea își propune să ofere un motiv de reflecție în legătură cu demersul psihoterapiei mo-

derne şi facilitează înţelegerea apariţiei tulburărilor care au la bază anxietatea.

Autoarea, prof. univ. dr. Irina Holdevici, cu peste 25 de ani de experienţă ca psihoterapeut şi psiholog specializat în optimizarea performanţelor umane, recunoscută în ţară şi străinătate, a publicat numeroase volume, studii şi articole în domeniul psihoterapiei cognitiv-comportamentale.

Volumul de faţă se remarcă prin ansamblul de cunoştinţe ştiinţifice transmis, invitând cititorul să se întrebe în legătură cu modul în care tehnicile de psihoterapie rezolvă numeroase probleme de viaţă cu care se confruntă oamenii sau în legătură cu dificultăţile pe care le întâmpină şi de care trebuie să ţină seama terapia.

Această reflecţie se sprijină, în mod obligatoriu, pe o informare bogată referitoare la cercetările din domeniul psihoterapiei anxietăţii. În această privinţă, lucrarea este cuprinzătoare, exemplele sunt foarte clare, fiind analizate sistematic şi articulate cu grijă din perspectiva adoptată în lucrare. Mai mult decât atât, unele tehnici prezentate pot fi utilizate de către persoanele cu probleme uşoare care doresc să se autoperfecţioneze, să devină mai sănătoase şi mai eficiente, prin aceasta tehnicile respective dobândind caracterul unor metode de autoreglare a comportamentului.

Lucrarea se prezintă ca o lectură agreabilă, care îmbină rigoarea şi stilul academic cu aplicaţiile practice şi studiile de caz, tratate personal de autoare sau preluate din literatura de specialitate din ţară şi străinătate.

Cartea se adresează deopotrivă medicilor şi psihologilor interesaţi de problemele psihoterapiei, studenţilor la medicină şi psihologie, dar şi publicului larg, tuturor celor ce doresc să se iniţieze în domeniul psihoterapiei comportamentale şi cognitive, preocupaţi de cunoaşterea şi aplicarea unor metode de reglare şi autoreglare psihică, de problematica tulburărilor anxioase şi însuşirea tehnicilor de contracarare a acesteia.

Prof. univ. dr. Mihai Golu

Introducere

Există oameni al căror comportament este guvernat de frică şi ei sunt conştienţi de aceasta, pe când alţii nici nu bagă de seamă faptul că frica le conduce viaţa. Aceştia din urmă pot să călătorească, au succese profesionale, pot vorbi în public, au viaţa de familie corespunzătoare şi totuşi sunt mereu supraîncordaţi şi speriaţi, chiar dacă fricile lor sunt umane (frica de păianjeni, de a urca singuri cu liftul sau de a conduce maşina).

Fensterheim şi Jean Baer (1984) sunt de părere că orice teamă care este atât de puternică încât împiedică persoana să îndeplinească o acţiune este, de fapt, o reacţie cu caracter patologic. Anxietatea este definită ca o teamă difuză, fără obiect bine precizat, în timp ce fobia este definită ca fiind o teamă cu obiect bine precizat (de animale, de furtună, de înălţime etc.). Autorii menţionaţi consideră că putem include în cadrul fobiilor şi frici cu caracter mai abstract, cum ar fi frica de responsabilitate, de pierdere a controlului, de a lua parte la evenimente sociale, de a fi singur sau de a fi respins.

Terapeuţii de orientare comportamentalistă şi cognitiv-comportamentală pornesc, în terapia comportamentelor, de la următoarele premise:

• Majoritatea comportamentelor de tip anxios sunt învăţate (dacă nu cumva chiar toate). Din acest motiv, chiar dacă vi se pare că aveţi teama de când vă ştiţi, vă puteţi dezvăţa de ea.

• În cazul în care un comportament de tip anxios sau fobic este dezvăţat (se decondiţionează) nu apar alte frici care să-l substituie, ci, dimpotrivă, persoana obţine o mai bună adaptare la mediu.

• Reacţia anxioasă este o deprindere greşită şi, ca orice deprindere greşită, ea se poate modifica.

• Cu ajutorul unor cunoştinţe speciale, al unor antrenamente psihologice bazate pe gândire, imaginaţie şi voinţă, comportamentele de tip anxios pot să dispară în câteva luni (nu în câţiva ani).

• Nu trebuie să vă închipuiţi că vă veţi elibera chiar de orice teamă, dar veţi fi capabili să vă controlaţi teama, să-i faceţi faţă.

Marina este o persoană care este tot timpul speriată. Are 25 de ani, este secretară şi îşi petrece toate serile şi weekend-urile singură. Dacă primeşte o invitaţie să iasă undeva, o cuprinde o panică de nestăpânit (fobie socială) pentru că îi trec prin minte gânduri de tipul: „oare mă vor place prietenii?, „oare nu-i voi plictisi?" etc.

George este şi el un personaj anxios, cu reacţii fobice. Teama lui cea mai puternică este teama de eşec. Deşi a intrat cu brio la psihologie (17 candidaţi pe un loc) îi este teribil de frică de faptul că va cădea la licenţă, pe care a amânat-o deja a treia oară. La ora actuală el lucrează ca operator de calculatoare şi suferă foarte mult că nu este încă psiholog.

Ruxandra este şi ea o fricoasă. Suferă de atacuri de panică, evită metroul, îi este frică să se urce într-un autobuz aglomerat, să meargă singură la piaţă şi mai bine urcă 10 etaje pe jos decât să utilizeze liftul. La început mai ieşea singură din casă câte puţin, dar acum nu mai iese deloc şi a trebuit să întrerupă facultatea.

Temerile iraţionale blochează viaţa şi activitatea oamenilor, indiferent de vârstă, împiedicându-i să înveţe, să lucreze, să călătorească, într-un cuvânt, să trăiască normal.

Datorită anxietăţii (teamă fără obiect bine precizat) sau a fricilor de tip fobic, persoana poate renunţa la o serie de obiective dezirabile, cum ar fi stabilirea unor relaţii interpersonale apropiate, alegerea unor profesii dorite sau de a trăi o viaţă agreabilă, plină de satisfacţii. Cu alte cuvinte, fricile iraţionale pot face dintr-o persoană sănătoasă şi inteligentă o persoană infirmă.

Cei ce doresc să se debaraseze de teamă trebuie să aibă în vedere câteva lucruri (Fensterheim şi Jean Baer, 1984):

– Trebuie să ştie că nu sunt un caz unic şi irecuperabil pentru că există milioane de oameni care suferă de frici iraţionale şi care îşi spun că ceva este în neregulă cu ei.

– Niciodată nu este prea târziu să te schimbi. Fensterheim (1984) relatează faptul că cel mai vârstnic pacient pe care l-a tratat cu succes de teama de a părăsi New York-ul avea 90 de ani. După ce a făcut psihoterapie, acesta a fost capabil să zboare cu avionul la Washington pentru a-și vedea nepoții.

– Chiar și fricile și fobiile vechi, fixate încă din copilărie, pot fi tratate dacă subiectul parcurge următoarele etape:

1. Descoperirea naturii temerii respective. Așa cum am subliniat, unele frici sunt evidente (de avion, de lift, de a merge singur pe stradă etc.), în timp ce altele sunt ascunse, cum ar fi, de pildă, teama de a fi respins (fobia socială).

2. Subiectul trebuie să conștientizeze faptul că anxietatea și fobiile sunt frici învățate, să descifreze modul în care funcționează ele, ce reacții fiziologice produc, cum influențează ele viața individului și ce anume face „acesta pentru a le menține". Astfel, subiectul trebuie să realizeze faptul că întrezărește pericole uriașe, deși acestea sunt minore, sau poate să își imagineze chiar pericole care nu există, cât și măsura în care fricile respective îl împiedică să întreprindă diverse lucruri pe care ar dori să le facă.

3. Pentru a se elibera de anxietate și fobii este obligatoriu ca subiectul să urmeze un program de terapie comportamentală și cognitiv-comportamentală, care constă mai ales din tehnici de desensibilizare și de modificare a stilului de gândire. Cu alte cuvinte, trebuie să facă acele lucruri pe care dorește să le facă pentru a nu se mai teme de ele.

4. Programele de combatere a fricii trebuie învățate împreună cu terapeutul și aplicate la situațiile de viață. În același timp subiectul trebuie să-și modifice stilul de viață, învățând să trăiască împreună cu fricile sale sau să se elibereze complet de ele.

Un loc important în cadrul psihoterapiei stărilor anxioase îl ocupă și actualizarea disponibilităților psihice latente prin intermediul unor antrenamente speciale, cum ar fi, de pildă, cele de relaxare sau autohipnoză.

Natura anxietății și a fricilor umane

Frica este o stare afectivă negativă, care apare în situația în care subiectul întrezărește un pericol iminent. Reacțiile psihofiziologice care apar în cazul fricii pregătesc organismul pentru reacția de fugă, de luptă sau îl paralizează, transformându-l în „stană de piatră".

Frica normală este o reacție emoțională cu caracter adaptativ pentru că, în cazul unei amenințări, ne mobilizează să luăm anumite măsuri pentru a ne salva viața. Acest mecanism funcționează și în cazul fricilor psihologice, determinând subiectul să întreprindă acțiuni de autoprotecție. Astfel, de pildă, dacă un coleg uneltește pentru a ne lua serviciul, trebuie să acționăm spre a-l împiedica.

Teama, în doze moderate, crește acuitatea perceptivă, capacitatea de concentrare a atenției, face ca gândirea să fie mai clară și mai rapidă, mobilizează energiile, activează reflexele, astfel încât subiectul să fie în stare să acționeze mai repede și mai bine. Fricile sau temerile iraționale apar atunci când subiectul se simte și se comportă ca și în cazul unui pericol major, în cazul unui pericol minimal sau chiar inexistent. Astfel, de pildă, o persoană cu fobie de câini poate fi paralizată de groază la vederea unui cățeluș inofensiv.

Anxietatea este definită de specialiști ca o teamă difuză, fără un obiect bine precizat. Subiectul trăiește o încordare continuă, simțindu-se permanent amenințat. El este foarte nervos și de multe ori nici nu realizează de fapt ce anume îl sperie atât de tare.

În literatura anglo-saxonă găsim, pentru a descrie o astfel de stare, termenul de „anxietate care plutește în aer" și se fixează când pe un obiect, când pe altul, astfel încât subiectul anxios, imediat ce a scăpat de un motiv de îngrijorare, găsește imediat altul.

Fobia (termenul provine din grecescul „phobos", care înseamnă fugă, dar și de la zeul cu același nume, care putea provoca teamă și panică dușmanilor săi) reprezintă o frică persistentă de un obiect, gând sau situație care în mod obișnuit nu justifică

teama. Subiectul își dă seama de faptul că frica sa este ridicolă, lipsită de sens, luptă împotriva ei, dar nu o poate învinge.

Panica (de la zeul grec Pan) desemnează un puseu brusc și acut de teroare.

Psihopatologii sunt de părere că anxietatea, fobiile și atacurile de panică reprezintă frici cu caracter irațional.

Încă din cele mai vechi timpuri oamenii au suferit de frică. Astfel, istoria și literatura ne oferă numeroase exemple. Încă medicul grec Hipocrate amintea de Damocles, care nu putea trece pe lângă o prăpastie sau pe un pod. Shakespeare, în piesa „Negușătorul din Veneția", vorbea despre fobia de pisici, iar mai târziu Descartes se referea la trăirea ciudată a unor oameni care nu suportau mirosul de trandafir sau intrau în panică la vederea unei pisici.

Deși aceste simptome sunt vechi de când lumea, abia la jumătatea secolului al XIX-lea ele au fost considerate ca aparținând domeniului clinic.

Dintre teoriile explicative ale comportamentelor de tip anxios sau fobic cele mai interesante rămân, în opinia noastră, teoria psihanalitică, teoria comportamentalistă și cea cognitivistă. Astfel, Freud era de părere că fobiile reprezintă un mecanism de apărare ale eului, menit să protejeze ființa umană împotriva unei anxietăți inconștiente mult mai profunde, anxietate rezultată în urma nerezolvării complexului Oedip (care se referă, în esență, la dragostea și dorința sexuală a copilului pentru părintele de sex opus).

A rămas celebru în istoria psihanalizei cazul micului Hans, care avea fobie de cai (copilul refuza să meargă pe stradă de teamă că l-ar putea mușca un cal). Freud a analizat acest caz și a ajuns la concluzia că în spatele fobiei de cai se ascundea teama inconștientă a copilului că va fi pedepsit de tată (prin castrare) pentru dorința sa erotică față de mamă.

În timpul curei analitice, prin intermediul unor metode specifice, dintre care cele mai cunoscute sunt asociația liberă și analiza viselor, subiectul lucrează asupra sa pentru a scoate la iveală din inconștient complexele și conflictele nerezolvate. Pe măsură ce aceste complexe și conflicte de natură inconștientă sunt aduse

la lumină, dispar anxietăţile şi fobiile, pentru că subiectul nu mai are nevoie de ele ca mecanisme de apărare.

Dezavantajul acestei terapii psihanalitice este că ea durează un timp foarte îndelungat (în medie 2 ani), iar rezultatele sunt incerte pentru anumite categorii de subiecţi. (Este cunoscut faptul că pacienţii potriviţi pentru psihanaliză trebuie să aibă un nivel intelectual şi cultural ridicat, o vârstă relativ tânără – până la 35 de ani –, timp liber şi o situaţie materială care să le permită să facă faţă costurilor terapiei.

Dacă psihanaliştii consideră că oamenii sunt neajutoraţi până în momentul în care reuşesc să dezgroape toate conflictele de natură inconştientă produse în copilărie, psihologii comportamentalişti sunt de părere că frica reprezintă un comportament învăţat.

În loc să se întrebe, ca psihanaliştii, ce anume din inconştientul persoanei a produs teama, comportamentaliştii îşi pun întrebări de genul următor:

„Cum a învăţat subiectul să se teamă?"

„Ce anume îl determină să se dezveţe de frică?"

Sunt bine cunoscute două experimente clasice în urma cărora a rezultat în mod evident că reacţiile emoţionale pot fi învăţate şi dezvăţate. Astfel, în 1920, J.B. Watson, întemeietorul teoriei comportamentaliste, împreună cu colaboratoarea sa Rosalie Rayner, au reuşit să-i provoace unui copil de 11 luni (Albert) teamă de şobolanii albi. La început copilul nu se temea de şobolan, dar se temea de zgomote puternice. Pe baza acestei observaţii, cercetătorii au asociat prezenţa animalului cu un zgomot puternic şi, după un număr de repetări, copilul a dezvoltat teama de animal, chiar în absenţa zgomotului. Ulterior, teama s-a generalizat şi la alte situaţii. Astfel, copilul a devenit fobic la animale şi la obiecte din blană.

Peste câţiva ani, Mary Cover Jones a demonstrat faptul că se poate utiliza condiţionarea şi pentru ca subiectul să se elibereze de teamă. Lui Peter, un copil de trei ani, îi era frică de iepuri. Terapeutul i-a prezentat copilului animalul aflat în cuşcă, în timp ce îi

oferea câte o bomboană. Rezultatul a fost că peste câteva săptămâni copilul se juca liniștit cu iepurii de casă.

Cercetătorii care au realizat astfel de experimente s-au confruntat însă cu o problemă dificilă: dacă fricile pot fi înlăturate, de ce persistă ele totuși în situațiile de viață? Răspunsul la această întrebare l-a dat Hobart Mowrer, care a propus pentru explicarea comportamentului anxios și fobic o teorie în două trepte sau etape:

Etapa 1: Subiectul învață să se teamă prin intermediul condiționării. O dată ce teama s-a fixat, subiectul are tendința de a se elibera de aceasta.

Etapa 2: Subiectul învață foarte repede cum se poate elibera de teamă prin intermediul a două tehnici:

a) Evitarea situației care declanșează teama (persoanele care se tem să călătorească cu avionul vor prefera trenul).

b) Evadarea din situația anxiogenă atunci când subiectul a intrat în aceasta (subiectul se urcă în metrou, intră în panică și coboară la prima stație).

Ori de câte ori subiectul utilizează una din strategiile respective anxietatea sa scade, dar, în schimb, se întăresc modelele de comportament evitare-evadare și acest lucru are drept consecință faptul că subiectul caută să nu se expună situațiilor care declanșează comportamentul de tip fobic anxios.

Capitolul 1

Teoria cognitivă şi modelele anxietăţii

Wells (1997) subliniază faptul că nu există o teorie sau un model cognitiv al tulburărilor anxioase, autorul optând pentru concepţia lui Beck şi a colaboratorilor săi, concepţie riguros structurată şi bazată pe date experimentale şi clinice.

Conform acestei abordări, termenul de cogniţie se referă la o serie întreagă de mecansime care stau la baza proceselor gândirii, precum şi la conţinutul produselor acestora, conţinuturi cunoscute sub denumirea de gânduri.

La baza teoriei cognitive a tulburărilor emoţionale se află supoziţia conform căreia disfuncţiile din această sferă apar şi se dezvoltă datorită interpretărilor pe care le dau oamenii evenimentelor extreme. În acelaşi timp, răspunsurile în plan comportamental care rezultă în urma acestor interpretări au, la rândul lor, un rol în menţinerea tulburării emoţionale.

Ellis (1962), un cunoscut autor cognitivist, consideră credinţele iraţionale ca reprezentând sursa tulburărilor în plan emoţional şi comportamental. Aceste credinţe iraţionale se referă la o serie de atitudini de tipul „trebuie neapărat", credinţe care generează solicitări şi cerinţe absolutiste, acestea din urmă stând la baza cogniţiei iraţionale, sursă a tulburărilor emoţionale.

Ellis (1962) a identificat iniţial 11 astfel de credinţe care predispun la tulburări emoţionale. Astfel, de pildă, convingerile că o persoană trebuie să fie perfectă, supercompetentă, să se comporte adecvat în orice împrejurare şi să aibă totdeauna succes, să fie aprobată şi iubită de toată lumea pentru a fi valoroasă, sunt foarte răspândite şi foarte mult întărite social.

Deoarece însă evenimentele vieţii infirmă adesea astfel de aşteptări, persoanele care nutresc convingeri de tipul celor de mai sus sunt predispuse la tulburări emoţionale. Teoria cognitivistă a tulburărilor emoţionale a lui Beck (1967, 1976) postulează faptul că tulburările emoţionale sunt datorate unei deficienţe a procesului de gândire, anxietatea şi depresia fiind produse de cogniţii distorsionate, care reprezintă de fapt gândurile negative automate. Acestea, la rândul lor, sunt generate de convingerile şi supoziţiile disfuncţionale stocate în memorie şi care s-au structurat de-a lungul vieţii subiectului.

Convingerile şi supoziţiile disfuncţionale reprezintă structurări relativ stabile, denumite de specialişti scheme cognitive (Bartlett, 1932). O dată activate, aceste scheme influenţează procesarea informaţiilor, structurează interpretările experienţelor de viaţă, afectând în cele din urmă comportamentul subiectului. Astfel, deşi modul de gândire al subiectului anxios pare lipsit de logică, acesta decurge totuşi logic din convingerile şi supoziţiile stocate în memoria acestuia.

În cazul tulburărilor anxioase, perturbarea proceselor de prelucrare a informaţiei, perturbare care generează vulnerabilitatea la trăirile anxioase, precum menţinerea acestora, are ca obiect fixarea asupra ideii de pericol şi asupra incapacităţii subiectului de a-i face faţă (Beck, Emery şi Greenberg, 1985).

Tema dominantă a pericolului este evidentă atât în cadrul schemelor cognitive (supoziţii şi convingeri), cât şi în conţinutul gândurilor negative automate. Astfel, la anxioşi predomină gândurile negative legate de posibile primejdii, în timp ce la depresivi gândurile negative se referă la autodevalorizare, lipsă de speranţă, inutilitate şi culpabilitate.

Schemele cognitive ale subiectului anxios se caracterizează mai ales prin supraestimarea pericolelor şi prin subestimarea capacităţii subiectului de a le face faţă.

Beck (1985) subliniază că nucleul tulburării anxioase nu se află la nivel afectiv, ci la nivelul schemelor cognitive caracterizate prin hipervigilenţă, subiectul apreciind realitatea ca fiind periculoasă, iar pe sine însuşi ca vulnerabil.

O dată ce mecanismele de evaluare a pericolelor sunt activate, se formează un număr de reacții circulare care mențin anxietatea. Mai mult, anumite simptome ale anxietății devin, ele însele, o sursă de amenințare, deoarece afectează performanțele sau sunt interpretate ca fiind semnele unei boli psihice sau somatice grave. Aceste efecte accentuează sentimentul vulnerabilității personale, care, la rândul său, sporește aprehensiunea pericolului, situație care va conduce la reacții și evaluări cu caracter dezadaptativ.

Schemele disfuncționale

Așa cum am mai subliniat, schemele sunt structuri cognitive al căror conținut generează tulburarea emoțională.

Beck (1967, 1976) distinge două tipuri de conținuturi informaționale specifice schemelor cognitive: credințele (convingerile) și supozițiile disfuncționale. Credințele (convingerile) reprezintă structuri de bază de natură profundă, necondiționale și care sunt percepute de subiect ca fiind adevăruri incontestabile cu privire la sine însuși („Sunt un ratat"; „Sunt lipsit de valoare"; „Sunt vulnerabil"; „Sunt o ființă inferioară" etc.).

Supozițiile sunt structuri condiționale cu caracter instrumental care pot fi privite ca reprezentând niște legături ce se stabilesc între evenimente și aprecierile referitoare la propria persoană („Dacă voi da semne de anxietate, ceilalți mă vor considera o persoană inferioară"; „Dacă nutresc gânduri rele, aceasta înseamnă că sunt un om rău"; „Simptomele somatice inexplicabile sunt de regulă semnele unei boli fizice grave"; „Dacă nu-mi pot controla anxietatea, înseamnă că sunt un ratat" etc.).

Convingerile sunt exprimate prin afirmații directe cu privire la propria persoană („Sunt un ratat"), în timp ce supozițiile sunt exprimate prin propoziții de tipul „dacă – atunci" („Dacă îmi voi arăta anxietatea, ceilalți mă vor respinge").

Schemele cognitive specifice persoanelor care suferă de tulburări anxioase sunt mult mai rigide și mai inflexibile decât

cele ale unui individ normal (Beck, 1967). Conţinutul fiecărei scheme este specific unui anumit tip de tulburare, deşi toate au ca element comun supoziţiile şi convingerile legate de faptul că lumea este periculoasă şi subiectul este vulnerabil, particularizările referindu-se la diversele domenii ale existenţei.

Astfel, de pildă, în cazul anxietăţii generalizate apar convingeri legate de incapacitatea subiectului de a face faţă existenţei, precum şi de trăirea anxietăţii ca atare (Wells, 1995), în timp ce în atacurile de panică supoziţiile şi convingerile negative au ca obiect natura periculoasă a simptomelor anxietăţii, precum şi a altor senzaţii fiziologice (Clark, 1986).

În cazul fobiilor specifice subiectul asociază teama cu un obiect sau cu o situaţie particulară şi presupune în mod eronat că atunci când se va confrunta cu obiectul fricilor sale se vor produce evenimente cu conţinut negativ puternic (Beck şi alţii, 1985).

Deşi convingerile şi supoziţiile disfuncţionale se formează ca rezultat al experienţelor din copilărie, aceasta nu se întâmplă întotdeauna. Astfel, de pildă, în cazul atacului de panică supoziţiile disfunţionale pot să nu preceadă apariţia primului atac de panică, dar se pot forma şi dezvolta pornind de la modul în care subiectul a perceput şi a făcut faţă acestuia. În cazul în care persoana deţine informaţii ambigue cu privire la starea sa de sănătate sau consideră că atacul de panică va provoca o stare de leşin, astfel de elemente pot sta la baza structurării supoziţiilor disfuncţionale.

Subiecţii cu anxietate generalizată se ghidează după supoziţii legate chiar de ideea de îngrijorare în sine. Convingerile negative referitoare la faptul de a-şi face griji se dezvoltă după o anumită perioadă de timp în care încercările de a se autocontrola au fost sortite eşecului.

În cazul fobiilor sociale, pacienţii se comportă normal până la un anumit moment, când eşuează în atingerea obiectivelor personale referitoare la acţionarea în plan social, ei dezvoltând convingeri negative cu privire la ego-ul lor social (Clark şi Wells, 1995; Wells şi Clark, 1997). Aceste convingeri negative pot fi însă şi consecinţa timidităţii şi nesiguranţei apărute încă din copilărie.

Supozițiile și convingerile disfuncționale vor funcționa ca niște reguli care influențează concluziile pe care le trag indivizii în urma confruntării cu diversele situații de viață. Astfel, de pildă, un subiect cu fobie socială care nutrește convingeri de genul: „dacă îmi voi arăta anxietatea, ceilalți nu mă vor lua în serios" poate trage o concluzie de tipul următor: „trebuie să mă exprim cât mai puțin posibil pentru a-mi ascunde teama". Bazându-se pe această concluzie, acesta își va administra o autocomandă: „nu vorbi prea mult, caută să pari relaxat".

În cadrul acestui scenariu, legăturile dintre supozițiile disfuncționale, evaluările situaționale și imperativele comportamentale sunt direct observabile.

Răspunsurile comportamentale care reprezintă consecința supozițiilor vor contribui, la rândul lor, la menținerea acestor supoziții, evaluări și aprehensiuni legate de pericole potențiale.

Gândurile negative automate, îngrijorările și obsesiile

Conținutul cognițiilor specifice tulburărilor emoționale a fost denumit în mod diferit de către autorii specializați în psihoterapie cognitivă. Astfel, Beck (1967) se referă la gânduri automate, Meichenbaum (1977) la autoafirmații cu conținut negativ, iar Borkovec, Robinson, Pruzinsky și De Pree (1983) utilizau termenul de gânduri care exprimă îngrijorarea.

În cadrul teoriei cognitive a lui Beck gândurile negative automate reprezintă doar elementele de suprafață, care ies în evidență atunci când se activează schemele cognitive. Acestea reprezintă evaluări sau interpretări ale unor evenimente și sunt direct legate de anumite trăiri afective și reacții comportamentale.

Există unii teoreticieni care sunt de părere că aceste gânduri negative automate ar reprezenta cauza directă a anxietății, teoria schemelor cognitive propusă de Beck postulând însă faptul că mecanismele cognitive modulează și mențin anxietatea.

Beck și colaboratorii (1985) afirmă că aceste cogniții automate reprezintă gânduri negative care se derulează rapid, în afara

câmpului central al conştiinţei, ele fiind însă accesibile acesteia. Se pot prezenta sub formă verbală sau imaginativă şi au un caracter credibil în momentul declanşării. Aceste gânduri negative automate se diferenţiază de obsesii sau îngrijorări (Wells, 1994).

Îngrijorarea este caracterizată de Borkovec şi colaboratorii săi (1983) ca fiind un şir de gânduri încărcate afectiv neagtiv cu rol de soluţionare a unor probleme. Aceşti autori consideră că îngrijorările sunt exprimate predominant verbal, în timp ce gândurile negative automate pot fi exprimate atât în cuvinte, cât şi în imagini.

Obsesiile au o durată mai scurtă decât îngrijorările, dar sunt mult mai deranjante pentru subiect deoarece au un caracter egodistonic (conţinutul lor este în discordanţă cu conţinutul ideativ obişnuit al subiectului), persoana evaluându-le ca fiind străine conceptului de sine şi având un caracter absurd. Astfel, de pildă, o tânără mamă poate fi obsedată de ideea că îi va face rău copilului nou-născut, deşi nu are intenţia să facă aşa ceva.

Gândurile negative automate şi îngrijorările reprezintă procese de evaluare a evenimentelor, în timp ce obsesiile au un caracter involuntar şi intruziv.

Obsesiile se pot manifesta atât sub formă de gânduri, cât şi sub formă de impulsiuni şi au un caracter patologic evident.

În momentul în care subiectul anticipează apariţia unui pericol, sistemul cognitiv al acestuia va declanşa o serie de evaluări şi predicţii cu caracter negativ, precum şi o serie de îndoieli. La nivel psihofiziologic poate să apară nelinişte, stare de slăbiciune şi chiar senzaţie de leşin.

Beck şi colaboratorii (1985) consideră că aceste fenomene reprezintă mecanisme elementare care asigură supravieţuirea şi care au rolul de a reduce probabilitatea asumării riscului şi de a orienta persoana în direcţia autoprotecţiei.

În unele situaţii, cum ar fi, de pildă, cele care presupun performanţe sociale, aceste mecanisme nu fac decât să amplifice pericolul, la evitarea căruia ar trebui să contribuie, interferând cu performanţele aşteptate şi reducând eficienţa subiectului.

Spre deosebire de reacţiile anxioase cu caracter automat, răspunsurile comportamentale au caracter voluntar şi joacă un rol

important în menținerea disfuncției afective. Wells și Matthews (1994) sunt de părere că multe dintre răspunsurile cognitive și comportamentale la amenințare reprezintă strategii puse în acțiune și modificate pe parcurs și care sunt menite să-l protejeze pe individ împotriva pericolului. Din păcate însă multe dintre aceste reacții sunt contraproductive, pentru că mențin atenția subiectului asupra amenințării și împiedică infirmarea gândurilor și supozițiilor disfuncționale și iraționale (Salkovskis, 1991; Wells și alții, 1995).

Astfel, de pildă, un subiect cu fobie socială care se teme că se va bâlbâi când va vorbi în public sau că se va exprima incoerent își va îndrepta atenția spre interior și își va supraveghea cu atenție modul de exprimare. Acesta va căuta să controleze mental modul de pronunțare a unor cuvinte și chiar să repete în plan mental ceea ce dorește să spună. Aceste reacții subtile și ascunse au fost denumite de Salkovskis (1991) „comportamente de asigurare", care au rolul de a-l feri pe subiect de situația amenințătoare. În realitate însă acestea nu fac decât să întrețină starea de anxietate. Astfel, un individ care suferă de atacuri de panică și se teme că va leșina va încerca să împiedice producerea unei asemenea catastrofe așezându-se sau căutând să se relaxeze.

Pacienții care procedează astfel nu mai au posibilitatea să verifice faptul că evenimentul negativ nu se va produce în realitate și astfel gândurile și supozițiile negative nu mai pot fi infirmate, pericolul apărând ca și mai evident.

În unele cazuri, comportamentele de asigurare nu numai că împiedică infirmarea gândurilor negative, ci contribuie chiar la exacerbarea simptomelor, ca în cazul subiectului cu fobie socială care își reduce performanțele verbale tocmai datorită faptului că încearcă să controleze modul în care se exprimă. Mai mult, observațiile clinice au evidențiat faptul că încercările de a înlătura unele tipuri de gânduri negative nu fac decât să crească frecvența acestora (Wegner, Schneider, Carter și White, 1987).

Aceste fenomene au implicații mai ales asupra dinamicii gândurilor intruzive specifice obsesiilor, precum și a celor legate de îngrijorare din cadrul tulburării anxioase generalizate. Wells

(1997) este de părere că aceste comportamente de asigurare menţin anxietatea prin intermediul mai multor mecanisme:

1. Acestea exacerbează simptomele corporale, fapt ce va fi interpretat de subiect ca fiind o dovadă a producerii „catastrofei" de care se teme. (De pildă, tentativa de a controla respiraţia poate conduce la hiperventilaţie şi la simptomele specifice acesteia, iar aceea de a controla gândurile va avea ca efect accentuarea preocupării legate de acestea, precum şi reducerea controlului.

2. Neproducerea evenimentelor de care se teme subiectul va fi atribuită declanşării comportamentelor de asigurare şi nu faptului că acestea nu se vor produce în realitate.

3. Unele comportamente specifice de asigurare, cum ar fi vigilenţa crescută faţă de stimulii ameninţători, amplifică expunerea subiectului la informaţii cu conţinut ameninţător, fapt ce accentuează convingerile negative.

Astfel, un pacient care nutreşte temeri legate de starea de sănătate va consulta mai mulţi medici şi îşi va face numeroase investigaţii, obţinând o serie de informaţii cu caracter ambiguu. Aceste informaţii vor fi, la rândul lor, interpretate de pacient ca o dovadă că medicilor le scapă o boală gravă, fapt ce va întări convingerea negativă legată de pericolul unei boli grave.

4. Comportamentele de asigurare vor interfera şi cu situaţiile psihosociale, afectând interacţiunile subiectului cu ceilalţi şi accentuând evaluările negative. Astfel, un subiect cu fobie socială care nu vorbeşte despre sine şi evită contactul vizual cu ceilalţi pentru a nu părea ridicol nu va fi un bun interlocutor, fapt ce îi va determina pe oameni să-l excludă din conversaţii. Această consecinţă va fi interpretată de el ca reprezentând o dovadă incontestabilă a faptului că ceilalţi îl consideră ridicol.

Distorsionările cognitive

O dată activată, schema cognitivă a pericolului potenţial va introduce distorsionări în cadrul procesului de prelucrare a informaţiilor. Aceste distorsionări afectează modul de interpretare a

evenimentelor într-un fel care va întări conținutul schemelor cognitive disfuncționale și, drept rezultat, gândurile și evaluările negative se vor menține.

Distorsionările în cadrul procesului de prelucrare a informației au la bază fenomene cum ar fi atenția selectivă pentru informații amenințătoare și erori în interpretarea evenimentelor vieții.

Beck (1967, 1976) și Burns (1989) au evidențiat o serie de distorsionări cognitive sau „erori" la nivelul gândirii logice. Prezentăm, în cele ce urmează, câteva dintre cele mai frecvent întâlnite distorsionări cognitive:

– Inferențele arbitrare: subiectul trage o concluzie fără a avea suficiente dovezi.

– Abstragerea selectivă: implică focalizarea asupra unor aspecte ale situației, cu ignorarea altora mai importante și mai relevante.

– Suprageneralizarea: constă în extinderea unei concluzii trase de pe urma examinării unei situații particulare la un număr mare de evenimente.

– Amplificarea/minimalizarea: constă în exagerarea sau, dimpotrivă, reducerea importanței unor evenimente. Minimalizarea se aseamănă cu desconsiderarea pozitivului, când subiectul afirmă că evenimentele pozitive nu contează.

– Personalizarea: presupune raportarea evenimentelor externe la propria persoană, fără a exista o bază logică pentru a face acest lucru.

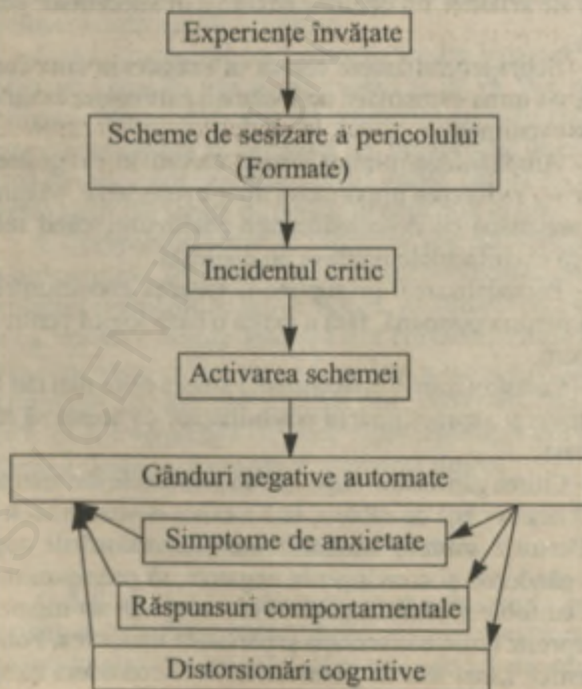
– Catastrofizarea: concentrarea asupra celui mai rău final al unei situații și supraestimarea posibilităților ca acesta să aibă loc în realitate.

– Citirea gândurilor: supoziția că persoanele din anturaj reacționează negativ față de subiect, fără a exista dovezi în acest sens.

Pentru a sublinia modul în care distorsionările cognitive mențin gândurile și convingerile negative, să presupunem că un subiect cu fobie socială discută cu un coleg. La un moment dat, acesta oprește brusc conversația și părăsește încăperea. Fobicul va gândi astfel: „sunt atât de plicticos încât el consideră că sunt un

prost; este evident că nu mă place". Acestea nu sunt decât exemple de concluzii sau inferenţe arbitrare şi de citire a gândurilor. La întâlnirea viitoare cu colegul respectiv, subiectul cu fobie socială va nutri gânduri negative legate de faptul că apare în ochii celuilalt ca o persoană proastă şi plictisitoare, fapt ce îl va determina să detecteze în mod selectiv doar semnalele negative venite de la celălalt, să ignore încercările acestuia de a se comporta amabil şi să se preocupe excesiv de performanţele proprii. Aceste elemente nu vor face decât să menţină convingerile disfuncţionale, deoarece se realizează o abstragere selectivă a informaţiilor negative şi o ignorare a celor pozitive, care nu mai sunt procesate.

Pornind de la cele subliniate mai sus, prezentăm schema teoretică a tulburărilor anxioase (Wells, 1999).



Se poate spune că anxietatea este asociată cu aprehensiunea pericolului și că există unii indivizi mai înclinați să evalueze situațiile de viață ca fiind periculoase deoarece posedă scheme cognitive care conțin informații referitoare la natura periculoasă a acestora, precum și la capacitatea lor limitată de a le face față.

O dată activate schemele cognitive legate de pericol, evaluările situațiilor vor fi încărcate de gânduri automate negative referitoare la posibile pericole. Aceste gânduri se vor referi la posibile catastrofe care afectează sănătatea fizică și psihică a persoanei sau la dezastre care ar putea afecta ego-ul în plan psihologic sau social.

Distorsionările cognitive din cadrul procesării informației, asociate cu activarea schemelor cognitive, vor contribui la menținerea gândurilor și supozițiilor negative disfuncționale prin intermediul unor interpretări congruente cu acestea.

Subiecții încearcă să reducă pericolul prin intermediul răspunsurilor comportamentale de evitare și de asigurare. Aceste comportamente vor contribui, la rândul lor, la intensificarea anxietății prin faptul că nu permit infirmarea convingerilor negative legate de pericol.

Capitolul 2

Evoluţia psihoterapiei cognitiv-comportamentale

Stanley Rachman (1999) subliniază că psihoterapia cognitiv-comportamentală a apărut simultan şi a evoluat concomitent în Statele Unite ale Americii şi Marea Britanie, între anii 1950-1970. Prima etapă a reprezentat-o apariţia terapiei comportamentale, a doua apariţia terapiei cognitive în jurul anilor '60 în S.U.A., în timp ce a treia etapă o reprezintă contopirea celor două sisteme psihoterapeutice într-unul singur şi acest lucru a avut loc aproximativ în anii '80.

La ora actuală, terapia cognitiv-comportamentală (T.C.C.) este foarte bine reprezentată atât în Europa de vest, cât şi în Statele Unite ale Americii, aceasta fiind considerată de majoritatea autorilor cea mai eficientă formă de psihoterapie.

Etapa întâi: cercetări experimentale

Forma britanică a terapiei cognitiv-comportamentale a apărut în 1950 şi a avut ca obiectiv tratarea tulburării nevrotice la adulţi. La baza acestei terapii au stat ideile lui Pavlov, Watson şi Hull, specialişti în teoriile învăţării.

Primele contribuţii mai însemnate la evoluţia acestei forme de terapie au fost aduse de J. Wolpe, care a studiat în laborator inducerea unor simptome nevrotice la animale şi care apoi şi-a extins cercetările, punând la punct tehnica terapeutică de reducere a reacţiilor anxioase.

În acelaşi timp, lucrările lui H. Eysenck au contribuit la elaborarea unei baze teoretice solide pe care s-a putut sprijini această terapie.

În Statele Unite ale Americii un grup de psihologi au încercat, la rândul lor, să aplice ideile comportamentalistului Skinner în domeniul clinic pentru remodelarea comportamentului bolnavilor psihotici prin intermediul tehnicii condiționării, care presupune administrarea unor recompense și sancțiuni.

Cercetătorii americani au continuat încă mult timp să acorde atenție pacienților cu afecțiuni psihiatrice cronice, considerați de marea majoritate a specialiștilor ca fiind nevindecabili, în timp ce terapeuții britanici au acordat o atenție mai mare subiecților nevrotici, la care rezultatele au fost evident mai bune. Astfel, Ayllon și Azrin (1968) au pus bazele sistemului denumit „economia jetoanelor" (token economy), sistem ce reperzintă o metodă de programare a comportamentului prin întărirea acțiunilor adecvate și prin omiterea întăririi celor disfuncționale. Jetoanele erau discuri din plastic pe care pacienții le puteau schimba pe dulciuri, reviste, țigări etc. Acest sistem a fost aplicat bolnavilor psihiatrici cronici în școlile pentru deficienții mintali sau în centrele de reeducare pentru delincvenți.

Rezumând, putem spune că psihoterapeuții americani s-au bazat pe teoriile lui Skinner; fiind behavioriști ca orientare teoretică și exprimare, considerau că tulburările psihopatologice și chiar cele psihiatrice reprezintă deficiențe de învățare, își concentrau toate eforturile doar asupra comportamentului vizibil și lucrau adesea doar cu pacienți instituționalizați, cu afecțiuni grave.

Spre deosebire de cei americani, autorii britanici (psihiatri și psihologi), deși nu se bazau pe o teorie psihologică anume, ei fiind chiar critici la adresa cercetărilor lui Skinner, preferau mai curând contribuțiile lui Pavlov, Eysenck, Wolpe și Hull (1943).

Marea majoritate a acestor terapeuți se aflau concentrați la Spitalul Maudsley din Londra, spital care nu era specializat în cazuri cronice, ci în tulburări anxioase și depresive, mulți dintre pacienți primind tratament ambulator.

Deși acești terapeuți acceptau și ei ideea că simptomele psihopatologice puteau fi și rezultatul unei învățări defectuoase, ei nu neglijau însă și rolul factorilor genetici în producerea acestor

afecţiuni. Astfel, tulburările nevrotice erau înţelese ca fiind rezultatul acţiunii unor factori psihotraumatizanţi (experienţe învăţate, condiţionări negative etc.), pe fondul unor particularităţi psihofiziologice de natură ereditară. Mai ales tulburările anxioase erau considerate ca fiind datorate unor condiţionări psihotraumatizante majore sau unor stresuri de mai mică amplitudine cumulate, drept rezultat persoana afectată suferind de o teamă condiţionată, care se manifestă în prezenţa anumitor stimuli.

O atenţie deosebită a fost acordată agorafobiei, pe care terapeuţii comportamentalişti au considerat-o prototipul tulburării nevrotice, mai ales pentru că stimulii anxiogeni erau uşor de identificat în acest caz: mijloace de transport în comun, spaţii deschise, magazine mari etc.

La fel ca şi terapeuţii americani, şi cei britanici erau tot de orientare comportamentalistă, deşi mai ponderată, concluziile lor fiind, de asemenea, bazate în mare măsură pe cercetările realizate pe animale şi, drept urmare, având un caracter limitat.

Studiile realizate pe subiecţi umani lipseau aproape cu desăvârşire, singurele elemente mai concrete constituindu-le cazul celebru al lui Watson şi Rayner (1920), în care a fost demonstrată geneza fricii condiţionate de animale la copilul Albert, precum şi cercetările lui Mary Cover Jones (1924) asupra dezvăţării fricilor la copii. Lucrările acestei autoare au pus bazele psihoterapiei comportamentale a tulburărilor anxioase.

Aşa cum am mai subliniat, Wolpe, tot în urma unor cercetări de laborator, a ajuns, la rândul său, la concluzia că maniera cea mai eficientă de a reduce o teamă condiţionată constă în a reintroduce animalul speriat în mod gradat în situaţia anxiogenă, administrându-i în mod gradat hrană drept întărire pentru a inhiba teama.

În cadrul acestor experimente realizate pe animale administrarea hranei era un stimul incompatibil cu reacţia de frică pe care o inhiba. Repetarea secvenţelor de inhibare a reacţiilor de teamă conducea la permanentizarea inhibării respective (inhibiţie condiţionată).

Wolpe a realizat ulterior și trecerea de la studiile de laborator către clinică, punând la punct metoda desensibilizării sistematice, în cadrul căreia, din rațiuni practice, expunerea directă la stimulii anxiogeni a fost înlocuită cu expunerea în plan imaginativ, relaxarea jucând de această dată rolul întăririi. Pe baza cercetărilor sale, Wolpe a formulat teoria inhibiției reciproce, conform căreia ameliorarea terapeutică a tulburărilor anxioase se produce datorită inhibiției reciproce repetate a reacției de teamă prin intermediul unui răspuns incompatibil cu aceasta – relaxarea.

În tratamentul pacienților săi Wolpe a înlocuit administrarea hranei cu relaxarea în calitate de inhibitor al fricii, afirmând însă că și alte categorii de stimuli ar putea avea același efect. Teoria lui Wolpe s-a dovedit utilă în explicarea unor mecanisme ale apariției tulburărilor anxioase, dar mai ales în elaborarea unor intervenții psihoterapeutice.

Deși această teorie s-a dovedit în mare parte corectă, aceasta nu a putut oferi explicații exhaustive asupra efectelor terapeutice obținute în cazul tulburărilor anxioase. De asemenea, teoria respectivă nu a fost capabilă să explice geneza tuturor reacțiilor anxioase.

Alți autori au subliniat rolul tipului de informații în realizarea condiționării (Rachman, 1991). Teoreticienii au încercat să explice și motivul pentru care anxietatea și comportamentele dezadaptative au tendința de a persista. Astfel, Mowrer (1960) se referă la așa-numitul „paradox nevrotic", conform căruia comportamentul de evitare se dovedește eficient cel puțin pe termen scurt și, în felul acesta, toate comportamentele de evitare care reduc anxietatea vor fi întărite.

Psihoterapeuții comportamentaliști au speculat și aceste considerații teoretice în cadrul programelor de desensibilizare.

Hans Eysenck este autorul care face ca psihoterapia comportamentală să capete un rol dominant în cadrul sistemelor psihoterapeutice. Acest autor a purtat dispute cu reprezentanții psihoterapiei dinamice și a reușit să impună terapia comportamentală ca pe o alternativă constructivă la psihanaliză.

Eysenck a respins teoria conform căreia nevroza era produsă de existenţa unor conflicte inconştiente de natura sexuală, iar simptomele reprezintă mecanisme defensive împotriva anxietăţii care, altfel, ar deveni intolerabilă. Mai mult, el a afirmat faptul că dacă reuşeşte să se elibereze de simptome, subiectul se va elibera şi de nevroză. (Psihanaliştii considerau că reducerea simptomelor, fără conştientizarea conflictelor inconştiente ascunse, nu echivala cu vindecarea; Eysenck, 1960). Comportamentul dezadaptativ nu reprezintă expresia unor conflicte intrapsihice, ci acesta constituie de fapt problema. Mai precis, comportamentul nevrotic reprezintă rezultatul învăţării şi, aşa cum a fost învăţat, el poate fi şi dezvăţat. Comportamentul nevrotic reprezintă problema şi dezvăţarea de acesta – soluţia.

Eysenck, Wolpe, Skinner, precum şi alţi cercetători şi terapeuţi comportamentalişti, au criticat aspru psihanaliza, subliniind faptul că afirmaţiile psihanaliştilor nu se bazează pe date empirice, afirmaţiile lor fiind nefondate.

Behavioriştii britanici considerau, la rândul lor, că problemele psihopatologice reprezintă rezultatul unei învăţări defectuoase, cazuistica lor reprezentând-o mai ales tulburările nevrotice la adulţi şi mai puţin problemele pacienţilor psihiatrici cronici sau cele ale deficienţilor mintal.

În următorii ani, psihoterapia comportamentală a realizat mari progrese în tratamentul tulburărilor anxioase, al tulburărilor de comportament la copii, precum şi în ameliorarea calităţii vieţii la pacienţii handicapaţi. Nu au fost însă înregistrate progrese semnificative în depresii, tulburările conduitei alimentare, alcoolism, deviaţii sexuale sau psihoze.

Treptat, adepţii orientării comportamentaliste în psihologie s-au aplecat tot mai mult asupra aspectelor practice, interesul pentru teoriile învăţării scăzând foarte mult, fapt ce a determinat o cotitură de la ştiinţă la tehnologie (Wolpert, 1992).

Introducerea conceptelor cognitiviste în cadrul teoriilor comportamentului a contribuit într-un fel la refacerea punţilor dintre teorie şi practică, răspunzând insatisfacţiei cercetătorilor faţă de orientarea empirică necritică şi lipsită de rigoare.

Absenţa progresului în domeniul teoretizării terapiei comportamentale în perioada 1970-1990, precum şi insuccesele obţinute în tratarea altor tulburări emoţionale, cum ar fi depresia, au deschis calea dezvoltării terapiei cognitive.

Etapa a doua: psihoterapia cognitivă

Printre cei mai influenţi pionieri ai terapiei cognitive se numără Beck şi Ellis, care au susţinut punctul de vedere conform căruia majoritatea tulburărilor psihice au la bază modele cognitive eronate, remedierea acestora putându-se realiza prin corectarea lor.

Ambii autori, formaţi iniţial ca psihanalişti ca şi Wolpe, au propus tehnici de corectare a cogniiţilor eronate, şi-au concentrat eforturile asupra problemelor prezente ale pacienţilor şi nu asupra unor psihotraume aparţinând trecutului şi au recomandat utilizarea unor sarcini de natură cognitivă.

Aceşti autori au recunoscut valoarea, dar şi limitele terapiilor comportamentale, ei considerând tehnicile specifice acestora ca pe nişte suplimente la propriile lor sisteme psihoterapeutice. Astfel, Beck (1993) afirma că a încorporat multe dintre principiile terapiei comportamentale.

Spre deosebire de comportamentalişti, care considerau că modificările obţinute în urma exerciţiilor în sfera comportamentală reprezintă însăşi esenţa metodelor, Beck şi Ellis le considerau metode auxiliare, menite să aducă noi informaţii cu caracter corectiv despre pacient.

Terapia cognitivă a lui Beck porneşte de la premisa că afectivitatea şi comportamentul unui individ depind în mare măsură de modul în care acesta îşi structurează lumea interioară în schema cognitivă (Beck şi alţii, 1979), tehnicile terapeutice fiind menite să identifice şi să corecteze gândurile distorsionate şi convingerile disfuncţionale care stau la baza acestora, iar succesele obţinute de pacient în tratarea depresiei nu pot fi neglijate.

Ellis (1958, 1962) a pus la punct o formă mai directă a terapiei cognitive, pe care a denumit-o inițial terapie rațională și apoi terapie rațional-emotivă.

Acest autor postula faptul că tulburările emoționale reprezintă rezultatul modului irațional și lipsit de logică de a gândi al persoanei și că aceasta are posibilitatea să se elibereze de multă nefericire și tulburări psihice dacă își maximizează modul rațional de a gândi și îl reduce pe cel irațional.

La fel ca și Beck, autorul recunoaște influența comportamentului asupra modului de gândire și asupra afectivității, fapt ce l-a determinat să includă sarcini comportamentale în cadrul programelor sale de psihoterapie.

Deși Ellis postula cu multă fermitate interacțiunea dintre cogniție și emoție și recunoștea importanța modificărilor realizate în plan comportamental, lucrările sale au atras mai puțini cercetători și clinicieni, comparativ cu cele ale lui Beck, acest autor situându-se cumva cu un pas în urma lui Beck (Kendall și alții, 1995).

Acest fenomen se datorează probabil caracterului mai facil și mai anecdotic al scrierilor sale, precum și succeselor deosebite obținute de Beck în tratamentul depresiei (Rachman, 1997).

Psihoterapia cognitivă a depresiei elaborată de Beck pornește de la supoziția că persoanele depresive se angajează într-un demers eronat de procesare a informațiilor și de raționament și se încadrează în grupul celor care se conduc după scheme cognitive, prin intermediul cărora se autosabotează.

Subiecții depresivi trăiesc ceea ce Beck denumește triada cognitivă, în cadrul căreia ei nutresc sentimente de neajutorare în raport cu ei înșiși, cu lumea și cu viitorul.

Obiectivul terapeutului cognitivist este să-l ajute pe individ să corecteze aceste idei distorsionate și să-și îmbunătățească stilul de procesare informațională și de gândire.

Procesele terapeutice sunt structurate și limitate în timp și debutează cu recunoașterea legăturilor dintre cogniție și afect, legături care se monitorizează riguros. Urmează apoi strângerea de dovezi împotriva cognițiilor disfuncționale și înlocuirea aces-

tora cu gânduri mai realiste și mai adaptative. Pe lângă evidențierea și combaterea cognițiilor negative, pacientul primește și sarcini pentru acasă, sarcini ce nu reprezintă altceva decât o formă rudimentară de terapie comportamentală.

Psihoterapia depresiei prin metode de acest gen presupune existența unui psihoterapeut calificat și subtil care să ghideze pacientul. Deși terapia cognitivă s-a dezvoltat într-o perioadă când întreaga psihologie se îndrepta tot mai mult către explicații de natură cognitivistă, între cele două orientări s-a menținut mult timp o ruptură inexplicabilă.

Cele două forme mai cunoscute de terapii cognitive au un fundament comun cu abordarea cognitivistă în psihologie, deși există puține asemănări în ceea ce privește teoria, terminologia și metodologia.

Teasdale (1993) subliniază că terapiile cognitive se referă doar la gândurile și imaginile de natură conștientă și prin aceasta concepția care stă la baza lor se deosebește de cea a psihologilor cognitiviști, care sunt de părere că majoritatea proceselor cognitive nu sunt accesibile conștiinței sub forma unor imagini sau idei.

Utilizarea restrictivă a termenului de cogniție, precum și a unor concepte asociate, neglijarea proceselor de natură inconștientă și lipsa legăturilor cu psihologia cognitivă a generat unele critici din partea cercetătorilor cognitiviști.

Teasdale și Barnard (1993) au încercat să realizeze o apropiere între teoria psihologiei cognitive și practica psihoterapeutică a lui Beck. Acești autori au postulat existența a nouă tipuri de informații, fiecare reprezentând un anumit gen de experiență psihologică. Fiecare tip de informație este procesat și stocat în memorie separat de celelalte. De asemenea există unele coduri mentale care corespund la două niveluri de semnificație: codul propozițional se referă la semnificațiile logice specifice, în timp ce codul implicațional se referă la semnificațiile mai generale și holistice (globale), fiind mai important în procesarea experiențelor emoționale.

Nivelul de semnificație implicațional conține reprezentări cu grad înalt de generalitate și abstractizare, care se referă la infor-

mațiile codificate ale experiențelor cu frecvență mai mare în istoria vieții persoanei.

Teasdale (1993) este de părere că obiectivul central al psihoterapiei trebuie să fie înlocuirea codurilor implicaționale legate de depresie cu modele codificate alternative cu caracter adaptativ.

Deși nu s-au realizat progrese prea însemnate în unificarea conceptelor cognitiviste cu practica psihoterapeutică, totuși majoritatea autorilor a trebuit să admită faptul că atenția, memoria și gândirea sunt influențate de factori de natură emoțională. Astfel, de pildă, obiectele sau ființele anxiogene sunt percepute ca fiind mai mari în perioadele când anxietatea este mai ridicată, comparativ cu cele mai liniștite. Este evident că temerile și tristețile noastre influențează modul în care percepem realitatea, direcționează atenția și conținuturile evocărilor mnezice.

Etapa a treia: unificarea

Unificarea se referă la combinarea metodelor terapiei comportamentale și cognitive și aceasta s-a dovedit deosebit de eficientă în terapia tulburărilor anxioase (atacuri de panică, anxietate generalizată, tulburarea obsesiv-compulsivă, tulburarea hipocondriacă și fobiile, inclusiv fobia socială).

În cadrul acestui proces de fuziune, conceptele cognitiviste au fost absorbite de către terapeuții behavioriști, în timp ce aceia de orientare cognitivistă au început să acorde o atenție tot mai mare experimentelor riguroase și exercițiilor în plan comportamental, fapt ce a condus la apariția psihoterapiei cognitiv-comportamentale (T.C.C.).

Capitolul 3

Evaluarea în terapia cognitiv-comportamentală

Sheldon (1995) subliniază că în domeniul psihoterapiei în general şi al celei cognitiv-comportamentale în mod special evaluările de tip calitativ sunt considerate ca fiind mai eficiente. Prima etapă a evaluării în cadrul terapiei cognitiv-comportamentale nu se deosebeşte esenţial de orice interviu clinic.

Sheldon (1995) subliniază faptul că pentru terapeut este important să investigheze următoarele aspecte:

1. Obţinerea descrierii generale a problemei principale, văzută din cât mai multe puncte de vedere;

2. Terapeutul trebuie să investigheze pe cine afectează cel mai mult problema, în ce fel şi să obţină elemente concrete (exemple).

3. Culegerea de informaţii cu privire la originile problemei şi evoluţia acesteia în timp (când a apărut, ce modificări au avut loc pe parcurs şi ce factori au afectat evoluţia acesteia).

4. Identificarea părţilor componente ale unei probleme mai complexe, precum şi a modului în care acestea interacţionează unele cu altele.

5. Evaluarea motivaţiei pentru schimbare. Terapeutul trebuie să afle dacă pacientul sau familia acestuia au făcut vreun efort pentru a rezolva problema lor şi, dacă nu, ce anume i-a împiedicat să o facă.

6. Identificarea modelelor de gândire (gânduri, imagini, dialoguri interioare), precum şi a reacţiilor emoţionale care însoţesc problema-simptom.

7. Terapeutul trebuie să obţină şi o impresie cu caracter subiectiv în legătură cu ceea ce este în neregulă cu pacientul.

Există două categorii de erori pe care le poate face terapeutul în etapa iniţială a evaluării: o primă categorie o reprezintă centrarea excesivă pe sarcină, terapeutul încercând să obţină cu orice preţ de la subiect date care să vină în sprijinul modelului pe care acesta şi l-a format deja, fapt ce poate contribui la alterarea informaţiilor reale. Un al doilea tip de erori apar atunci când pacientul nu oferă toate detaliile problemei-simptom, fie pentru că le-a uitat, fie pentru că le consideră irelevante sau inacceptabile sau pentru că are în minte modele teoretice pe care şi le-a fixat în urma dialogului purtat cu alţi terapeuţi.

Concluziile preliminare desprinse de către terapeut în legătură cu problema-simptom trebuie revăzute şi discutate împreună cu pacientul (clientul), pentru a fi depăşite toate neînţelegerile.

Prezentăm la pagina 40 schema strategiei de evaluare pentru psihoterapia cognitiv-comportamentală (după Sheldon, 1995).

Reducerea problemei la părţile ei componente

Pacienţii îşi descriu de cele mai multe ori problema din punctul lor de vedere subiectiv, din perspectiva comportamentului celorlalte persoane asupra lor sau bazându-se pe anumite presupuneri referitoare la intenţiilor celorlalţi („ea mă cicăleşte în fiecare seară special ca să mă enerveze").

Există şi cazuri în care pacienţii (clienţii) au pur şi simplu dificultăţi în a-şi aprecia propriul comportament, cum ar fi, de pildă, o persoană agresivă, care dă mereu vina pe ceilalţi, deşi nimeni nu intenţionează să o priveze de vreun drept.

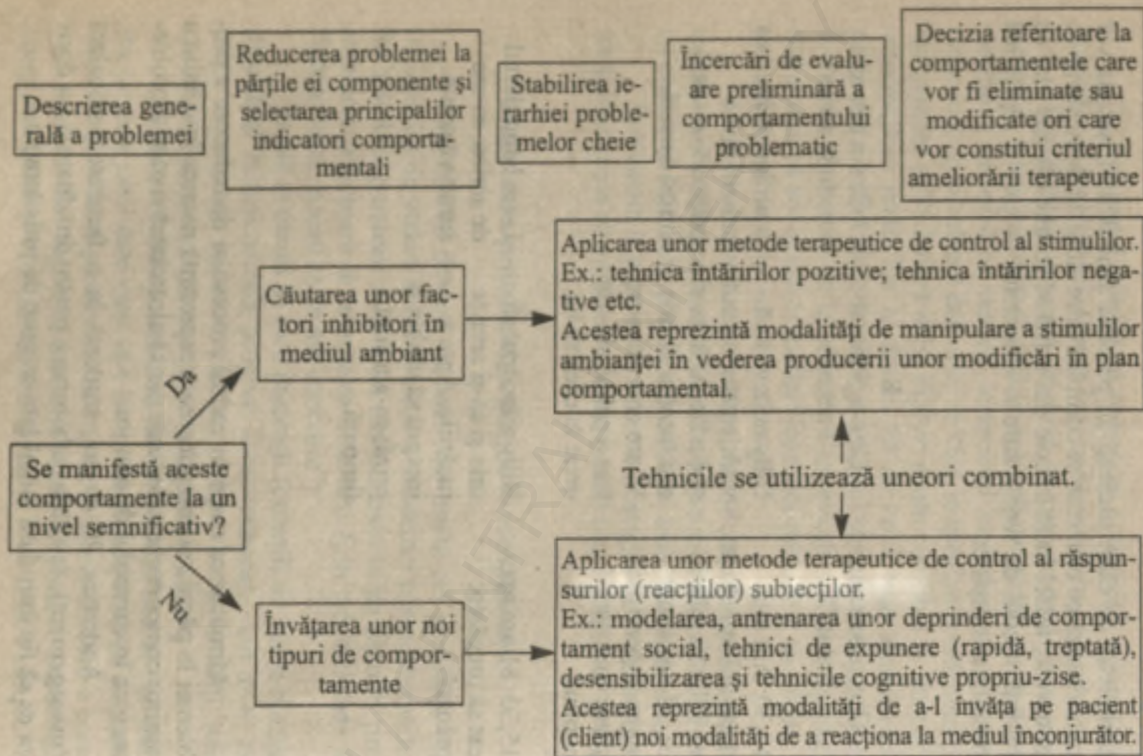
Sheldon (1995) prezintă un model sistematizat de fişă pentru notarea unor date care să-l lămurească mai bine pe psihoterapeut în ce constă problema şi care sunt elementele care o compun. Această fişă cuprinde date referitoare la gânduri, expectaţii, comportamente şi interpretări ale acestora. Este relativ simplu de

completat de către pacienți și, pe baza analizării ei, aceștia vor putea sesiza ce elemente se combină între ele și ce elemente nu se potrivesc, astfel încât în cele din urmă să rezulte cât mai clar cu putință modul de funcționare a sistemului pe care îl reprezintă problema-simptom.

A Ce s-a petrecut înainte?	**B** Ce s-a petrecut acum?	**C** Ce s-a petrecut după aceea?
12,30: Am pus masa și l-am strigat pe Billy să mănânce. M-am simțit speriată pentru că știam cum este copilul.	Billy nu a vrut să vină; eu am încercat să-l aduc cu forța și el a început să urle. M-am enervat, i-am tras o palmă și l-am urcat în camera lui.	I-am luat mâncarea și i-am dus o prăjitură; m-am simțit ușurată.
15,30: M-am apucat să pregătesc prânzul.	Billy a început să urle și să-și arunce jucăriile. Apoi a început să umble la priză; m-am simțit furioasă.	L-am bătut destul de serios; m-am simțit vinovată.

Următoarea etapă în cadrul procesului de reducere a problemei la părțile ei componente o reprezintă notarea în detaliu a tuturor comportamentelor care par să alcătuiască o parte a problemei, ca în exemplul de mai jos.

Andreeea, 20 de ani, studentă la o facultate particulară (management), se află la psihoterapie pentru timiditate și s-a decis ca ea să fie introdusă inițial într-un grup de psihoterapie.


Descrierea generală a problemei
Reducerea problemei la părţile ei componente şi selectarea principalilor indicatori comportamentali
Stabilirea ierarhiei problemelor cheie
Încercări de evaluare preliminară a comportamentului problematic
Decizia referitoare la comportamentele care vor fi eliminate sau modificate ori care vor constitui criteriul ameliorării terapeutice
Se manifestă aceste comportamente la un nivel semnificativ?
Da
Nu
Căutarea unor factori inhibitori în mediul ambiant
Învăţarea unor noi tipuri de comportamente
Aplicarea unor metode terapeutice de control al stimulilor. Ex.: tehnica întăririlor pozitive; tehnica întăririlor negative etc. Acestea reprezintă modalităţi de manipulare a stimulilor ambianţei în vederea producerii unor modificări în plan comportamental.
Tehnicile se utilizează uneori combinat.
Aplicarea unor metode terapeutice de control al răspunsurilor (reacţiilor) subiecţilor. Ex.: modelarea, antrenarea unor deprinderi de comportament social, tehnici de expunere (rapidă, treptată), desensibilizarea şi tehnicile cognitive propriu-zise. Acestea reprezintă modalităţi de a-l învăţa pe pacient (client) noi modalităţi de a reacţiona la mediul înconjurător.

În urma interviului clinic, au rezultat următoarele:

– Andreea nu-şi priveşte partenerul de dialog în ochi;

– pronunţă propoziţii scurte, adesea incomplete;

– vocea este scăzută, aproape şoptită;

– respiraţia este accelerată, lasă impresia că nu are aer atunci când vorbeşte;

– răspunsurile la întrebările directe sunt scurte; de multe ori nu răspunde nimic;

– când intră cineva în cabinet, se sperie;

– nu iese din casă aproape deloc, doar atunci când nu are de ales;

– respinge orice alternativă de a cunoaşte oameni şi dacă este forţată să meargă undeva tace tot timpul;

– la facultate merge împreună cu mama ei, care vine apoi să o ia acasă. Stă în ultima bancă şi tace tot timpul.

Unele probleme sunt mai uşor de redus la părţile lor componente comparativ cu altele. Cu cât acestea sunt mai strâns conectate unele cu altele, cu atât este mai dificil de stabilit modul în care se influenţează şi se condiţionează reciproc diversele secvenţe ale comportamentului patologic.

Există şi situaţii în care problema este mai mult de natură emoţională, caz în care diversele secvenţe comportamentale sunt mai greu de evidenţiat şi formalizat.

Dacă în cazul persoanelor depresive comportamentele sunt mai evidente, acestea nu vor acorda atenţie modului în care arată, igienei personale şi vor petrece un timp mai îndelungat în pat sau pe un fotoliu; în situaţiile mai puţin grave, stările afective şi comportamentele sunt mai greu de evidenţiat şi separat. Astfel, de pildă, un client aflat de mai multă vreme în şomaj şi având în acelaşi timp probleme în familie va pune în acţiune strategii de supracompensare (va căuta să pară vesel, îndatoritor etc.), fapt ce va putea crea unele confuzii terapeutului evaluator.

Formularea problemei terapeutice

Majoritatea tratatelor de psihoterapie atrag atenția asupra pericolului unor evaluări superficiale, insistând asupra faptului că evaluarea trebuie să reprezinte un demers continuu.

Sheldon (1995) subliniază și existența pericolului invers, și anume a sufocării terapeutului cu noi și noi date, care îl pot deruta și îl pot face să oscileze mult în formularea problemei-simptom.

Autorul precizează faptul că evaluarea inițială reprezintă un prim pas în declanșarea demersului terapeutic și că informațiile obținute trebuie să fie prezentate cât mai sintetic și mai clar, dar care, desigur, vor necesita și anumite revizuiri pe parcurs.

Prezentăm, mai jos, rezumatul formulării unei probleme într-un caz de psihoterapie de familie (după Sheldon, 1990).

Familia s-a prezentat la psihoterapie datorită unor certuri repetate între tatăl vitreg și copiii celei de-a doua soții. Formularea cazului este sintetizată astfel: „Datorită lipsei sale de experiență în abordarea copiilor, precum și anxietăților legate de respectarea disciplinei, dl A. manifestă izbucniri foarte violente la fiecare încălcare minoră a regulilor de către copii. Din interviul clinic a rezultat că relația sa cu copiii nu este prea clar definită, aceștia neacceptând rolul său de părinte. Mai mult, copiii recepționau comportamentul său ca reprezentând unul de respingere a lor, ca o încercare de a-i domina și de a-l înlocui pe adevăratul tată.

Discutarea acestei probleme împreună cu familia ar putea conduce la stabilirea unor norme și acorduri în ceea ce privește obligațiile și expectațiile adulților și copiilor unii față de ceilalți și acest lucru ar putea reprezenta o măsură terapeutică inițială menită să reducă intensitatea și frecvența conflictelor între tatăl vitreg și copii. Terapeutul a planificat o serie de ședințe de psihoterapie cu cei doi soți, ședințe care au avut drept obiectiv să-l învețe pe dl A. să se comporte cu copiii într-un mod în care aceștia să-l accepte".

O regulă foarte importantă a evaluării terapeutice constă în a lua în considerație opiniile clientului care, de cele mai multe ori,

știe cel mai bine, chiar dacă la nivel intuitiv, care este problema sa și care sunt prioritățile pe care trebuie să le aibă în vedere demersul terapeutic. Desigur, nu este vorba de o regulă rigidă și absolută, dar oricum definirea problemei și prioritățile în abordare trebuie discutate și negociate cu pacientul.

Wells (1999) subliniază că evaluarea specifică terapiei cognitive cuprinde: interviul clinic, chestionare, metoda observației și tehnica autoevaluării stărilor emoționale. Metoda cea mai frecvent utilizată de către specialiști este cea a interviului clinic.

Același autor se referă la două tipuri de interviu:

– interviul standardizat de diagnostic;

– interviul clinic de evaluare.

Interviul standardizat de diagnostic este riguros și structurat pe baza clasificărilor utilizate în psihiatrie. Un astfel de interviu este Interviul Clinic Structural bazat pe clasificările din Manualul Diagnostic și Statistic al Asociației Psihiatrilor Americani (D.S.M. IV – S.C.I.D. IV, APA, 1994). Obiectivul acestui interviu este stabilirea diagnosticului pentru o problemă psihiatrică sau pentru o combinație de probleme.

Spre deosebire de acesta, interviul clinic propriu-zis este semistructurat și nu își propune să stabilească un diagnostic. Acesta este mai flexibil și servește mai bine scopurilor terapiei cognitive.

Obiectivele generale ale evalăurii în terapia cognitivă sunt următoarele:

– identificarea problemelor;

– obținerea unor informații referitoare la procesele cognitive implicate în menținerea simptomelor;

– diagnosticarea nivelului prezent și trecut de funcționare psihică a pacientului;

– monitorizarea efectelor tratamentului.

Așa cum am mai subliniat, obiectivul inițial al evaluării este identificarea și concretizarea problemei pentru care pacientul se adresează terapeutului. Acest lucru se poate realiza prin definirea acesteia în termeni măsurabili, rezultați în urma aplicării unor chestionare sau scale de autoevaluare.

Urmează apoi stabilirea scopurilor sau obiectivelor propriu-zise ale terapiei, scopuri care trebuie să fie realiste şi posibil de atins.

Aceste obiective se vor referi la aspecte specifice stabilite de comun acord între pacient şi terapeut, ca de pildă eliminarea atacurilor de panică, posibilitatea subiectului de a mânca în public fără să simtă o anxietate excesivă etc., precum şi obiective mai profunde referitoare la procesele cognitive care menţin problema pacientului (modificarea convingerilor şi gândurilor negative automate, diminuarea distorsionărilor cognitive şi întărirea gândurilor alternative mai raţionale).

Evaluările vor trebui să urmărească progresele realizate în cursul tratamentului şi să ofere terapeutului informaţii referitoare la modul în care acesta trebuie dirijat şi eventual corectat pentru a spori şansele de a obţine modificări în plan cognitiv şi comportamental.

Chestionarele de autoevaluare utilizate mai frecvent în cursul terapiei tulburărilor anxioase

Marea majoritate a autorilor utilizează o serie de instrumente deja cunoscute, dintre care menţionăm câteva:

– Inventarul de anxietate Beck (BAI) elaborat de Beck, Epstein, Brown şi Steer (1988);

– Inventarul de depresie Beck (BDI) elaborat de Beck, Ward, Mendelson, Mock şi Erbaugh;

– Scala lipsei de speranţă (HS) elaborată de Beck, Weismann, Lester şi Trocker (1974);

– Inventarul de anxietate stare-trăsătură (STAI), elaborat de Spielberg, Gorsuch, Lushene, Vagg şi Jacobs (1983).

Subliniem faptul că mai există şi alte asemenea scale realizate de specialişti consacraţi în terapia cognitiv-comportamentală.

Prezentăm, în cele ce urmează, câteva astfel de instrumente realizate de către Wells şi colaboratorii săi, precum şi de Fensterheim şi Jean Baer.

Scala de evaluare a atacurilor de panică
(PRS – Panic Rating Scale, Wells 1997, ed. 1999)

1. Câte atacuri de panică ați avut în cursul ultimei săptămâni?
2. Cât de frecvent ați evitat, în cursul ultimei săptămâni, diverse situații de teama de a nu suferi un atac de panică?

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Niciodată				În jumătate din situații				Tot timpul

3. Oamenii fac față situațiilor în mod diferit. Vă rog să notați pe scala de mai jos cât de frecvent apelați la procedeele următoare atunci când vă simțiți speriați.

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Niciodată				În jumătate din situații				Tot timpul

Vă așezați.
Vă controlați respirația.
Încercați să vă relaxați.
Căutați să vă controlați gândurile.
Luați medicamente.
Ieșiți din situație.
Vă controlați pulsul.
Căutați o ieșire.
Vă mișcați mai încet.
Vă sprijiniți de ceva sau de cineva.
Căutați compania cuiva.

4. Mai jos veți găsi o listă a unor gânduri pe care le au mai frecvent oamenii atunci când sunt speriați și nervoși. Notați cât de mult credeți în fiecare dintre acestea atunci când vă simțiți speriați, plasând o cifră în dreptul fiecărui gând.

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Nu cred că este adevărat										Sunt ferm convins că acest gând este adevărat

Voi face un atac de cord.
Voi muri.

Mă voi sufoca.
Voi leşina.
Voi cădea.
Îmi voi pierde controlul.
Voi vomita.
Voi înnebuni.
Voi face un atac cerebral.
Mă voi sufoca.
Voi orbi.
Voi paraliza.
Voi ţipa.
Atacul meu de panică nu se va mai sfârşi niciodată.
Alte gânduri care nu au fost trecute pe listă.

Scala de evaluare a fobiei sociale
(SPRS – Social Phobia Rating Scale, Wells, 1997, ed. 1999)

1. Cât de mult te-a deranjat în cursul săptămânii care a trecut anxietatea ta socială?

0 1 2 3 4 5 6 7 8
Deloc — Moderat — Foarte mult. A fost mai rău ca niciodată

2. Cât de mult ai evitat situaţiile sociale din cauza anxietăţii resimţite în cursul săptămânii trecute?

0 1 2 3 4 5 6 7 8
Niciodată — În jumătate din situaţii — Tot timpul

3. Cât de conştient de dificultăţile resimţite în situaţiile sociale ai fost săptămâna trecută?

0 1 2 3 4 5 6 7 8
Deloc — Moderat — Foarte conştient. Mai mult decât m-am simţit vreodată

4. Oamenii fac față anxietății lor sociale în diferite moduri. Evaluează fiecare situație prezentată mai jos pentru a preciza cât de des procedezi în modurile descrise atunci când te simți anxios în situații dificile.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Deloc				Jumătate din timp					Tot timpul

Vorbesc puțin.
Inspir adânc
Mă mișc încet.
Caut să-mi distrag atenția.
Manevrez diverse obiecte.
Caut să-mi controlez gândurile.
Încerc să mă relaxez.
Mă așez.
Îmi acopăr fața.
Port anumite obiecte de îmbrăcăminte.
Caut să-mi mențin mâinile liniștite.
Mă concentrez asupra vocii mele.
Evit contactul vizual.
Vorbesc foarte repede.
Mă concentrez asupra mâinilor mele.

5. În cele ce urmează vei găsi o listă a gândurilor pe care le au mai frecvent oamenii atunci când se simt anxioși în situații sociale. Evaluează cât de mult crezi în veridicitatea gândurilor de mai jos atunci când te simți speriat în situații sociale, utilizând scala de mai jos:

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Nu cred de loc în gândul respectiv										Sunt pe deplin convins că acest gând este adevărat

Arăt rău.
Toți oamenii mă privesc.
Îmi voi pierde controlul.
Voi fi incapabil să vorbesc.
Mă voi bâlbâi și mă voi exprima caraghios.

Voi arăta ca un om anormal.
Ceilalţi nu mă vor respecta.
Ceilalţi vor observa că sunt speriat.
Voi scăpa din mână şi voi sparge obiecte.
Voi fi plicticos.
Voi părea neadecvat.
Ceilalţi vor crede că sunt prost.
Ceilalţi nu mă vor agrea.
Voi părea ridicol.
Alte gânduri care nu figurează în lista de mai sus.

Scala de autoevaluare a anxietăţii legate de starea de sănătate
(HRS – Health Anxiety Rating Scale, Wells, 1997, ed. 1999)

1. Cât de supărătoare au fost grijile dv. legate de starea de sănătate săptămâna trecută?

0 1 2 3 4 5 6 7 8
Deloc Moderat Foarte supărătoare. A fost mai rău ca niciodată

2. Notaţi, utilizând scala de mai jos, cât de frecvent aţi evitat săptămâna trecută următoarele activităţi din cauza grijilor pe care vi le-aţi făcut în legătură cu sănătatea dv.

0 1 2 3 4 5 6 7 8
Niciodată În jumătate din situaţii În toate cazurile

Să faceţi exerciţii fizice.
Să vă uitaţi la televizor.
Să vă gândiţi la boală.
Să desfăşuraţi munci grele.
Să citiţi articole pe probleme medicale.

3. De câte ori v-aţi examinat corpul în cursul săptămânii trecute?
Niciodată 1-5 6-10 11-15 16-20 21-25 26-30 De peste 30 de ori

4. În cursul săptămânii trecute de câte ori ați solicitat asigurări referitoare la starea de sănătate atunci când ați simțit anxietate?

0 1 2 3 4 5 6 7 8
Niciodată — În jumătate din situații — În toate situațiile

5. În cele ce urmează veți găsi o listă a principalelor gânduri pe care le au persoanele îngrijorate de sănătatea lor. Notați cât de mult credeți în gândurile respective, utilizând scala de mai jos.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
Nu cred de loc în gândul respectiv — Sunt pe deplin convins că acest gând este adevărat

Sufăr de o boală somatică gravă.
Sufăr de o tumoră cerebrală.
Am probleme serioase cu inima.
Sufăr de SIDA.
Sufăr de cancer.
Sufăr de o afecțiune musculară gravă.
Alte gânduri care nu au fost trecute în listă.

Scala de autoevaluare a tulburării cu anxietate generalizată
(GADS – Generalized Anxiety Disorder Scale, Wells, 1997, ed. 1999)

1. Cât de deranjante au fost îngrijorările dv. pe parcursul ultimei săptămâni?

0 1 2 3 4 5 6 7 8
Nu m-au deranjat deloc — Moderat — Foarte deranjante. Mai rău ca niciodată

2. Cât de multe eforturi ați depus pe parcursul săptămânii trecute pentru a vă controla temerile?

0 1 2 3 4 5 6 7 8
Nici un efort — Eforturi moderate — Eforturi foarte mari

3. Evaluați, cu ajutorul scalei de mai jos, cât de frecvent ați apelat la una din strategiile descrise pentru a face față anxietății din cursul ultimei săptămâni.

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Niciodată				În jumătate din situații				În toate situațiile

Am încercat să-mi abat atenția.
Am încercat să-mi controlez gândurile.
Am încercat să-mi impun să fiu rațional.
Am căutat asigurări de la ceilalți.
Mi-am vorbit în gând.
Am încercat să nu mă gândesc la acele lucruri care mă sperie.
Am căutat dovezi.
Am acționat cu prudență.
Mi-am planificat cum să acționez în cazul în care îngrijorările mele s-ar adeveri.

4. Cât de frecvent ați evitat în cursul săptămânii trecute anumite lucruri pentru a nu vă mai face griji?

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Deloc				În jumătate din cazuri				Tot timpul

Să ascultați sau să citiți știri.
Să vă expuneți unor situații sociale.
Situații de incertitudine.
Gânduri referitoare la boală.
Gânduri referitoare la accidente/pierderi.
Alte situații (menționați-le).

5. În cele ce urmează veți găsi o listă referitoare la gândurile pe care le nutresc mai frecvent subiecții anxioși. Notați, utilizând scala de mai jos, cât de mult credeți în veridicitatea acestora.

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Nu cred că este adevărat										Sunt ferm convins de adevărul gândului respectiv

Voi înnebuni de teamă și îngrijorare.
Faptul că îmi fac griji îmi face rău.

Îngrijorările îmi produc stres.
Dacă nu-mi voi controla temerile, mă vor controla ele pe mine.
Îngrijorările mele sunt necontrolabile.
Dacă îmi fac prea multe griji, îmi voi pierde controlul.
Faptul că îmi fac griji mă ajută să fac față unor situații.
Dacă îmi voi face griji voi fi pregătit să înfrunt situațiile.
Îngrijorările mă fac să mă simt în siguranță.
Îngrijorările mă determină să îndeplinesc diverse activități.
Dacă nu îmi voi face griji, se va întâmpla ceva rău.
Faptul că mă îngrijorez mă ajută să-mi rezolv problemele.

Chestionarul de evaluarea a metacognițiilor
Cartwright și Wells (1999)

În cele ce urmează veți găsi o listă de convingeri și credințe pe care le nutresc de obicei oamenii. Notați în ce măsură sunteți de acord cu acestea, știind că:

1 = Nu sunt de acord;
2 = În mică măsură de acord;
3 = Moderat de acord (așa și așa);
4 = Total de acord.

1. Îngrijorările mă ajută să evit problemele în viitor.
2. Faptul că mă îngrijorez este periculos pentru mine.
3. Îmi este greu să discern dacă am făcut ceva sau doar mi-am imaginat.
4. Mă preocupă mult gândurile mele.
5. Simt că mi se face rău de atâta îngrijorare.
6. Sunt conștient de modul în care lucrează mintea mea atunci când mă gândesc la o problemă.
7. Dacă nu îmi controlez îngrijorările și acestea se produc, este numai vina mea.
8. Dacă voi scăpa de sub control gândurile legate de îngrijorări, acestea din urmă mă vor controla pe mine.

9. Am nevoie să îmi fac griji pentru a rămâne o persoană organizată.
10. Am puţină încredere în memoria mea atunci când este vorba de cuvinte sau nume.
11. Gândurile legate de îngrijorări persistă indiferent de cât de mult încerc să le opresc.
12. Îngrijorările mă ajută să-mi organizez lucrurile în minte.
13. Nu-mi pot ignora îngrijorările.
14. Îmi monitorizez gândurile.
15. Ar trebui să-mi controlez în permanenţă gândurile.
16. Memoria îmi joacă uneori feste.
17. Aş putea fi pedepsit dacă nu am anumite gânduri.
18. Îngrijorările mele mă pot face să înnebunesc.
19. Dacă nu stopez gândurile legate de îngrijorare, acestea pot deveni adevărate.
20. Rareori pun la îndoială gândurile mele.
21. Îngrijorările pun organismul meu în situaţie de stres puternic.
22. Faptul că mă îngrijorez mă ajută să evit o serie de dezastre.
23. Sunt permanent conştient de modul în care gândesc.
24. Am o memorie slabă.
25. Acord multă atenţie modului în care lucrează mintea mea.
26. Oamenii care nu îşi fac griji sunt lipsiţi de profunzime.
27. Faptul că mă îngrijorez mă ajută să fac faţă unor situaţii dificile.
28. Îmi imaginez că nu am făcut unele lucruri şi apoi nu acord credit memoriei mele pentru faptul că le-am făcut cu adevărat.
29. Faptul că nu pot să-mi controlez gândurile este un semn de slăbiciune.
30. Dacă nu îmi voi face griji voi face mai multe greşeli.
31. Mi se pare dificil să-mi controlez gândurile.
32. O persoană de bună calitate se îngrijorează foarte des.
33. Îngrijorările pătrund în mintea mea împotriva voinţei mele.
34. Dacă nu îmi voi controla gândurile, voi înnebuni.
35. Voi pierde în viaţă dacă nu-mi voi face griji.
36. Atunci când încep să mă îngrijorez, nu mă mai pot opri.

37. Anumite gânduri trebuie în permanență controlate.
38. Trebuie să-mi fac griji pentru a putea face anumite lucruri.
39. Voi fi pedepsit dacă nu-mi voi controla unele gânduri.
40. Gândurile care mă frământă mă împiedică să mă concentrez.
41. Este corect să-mi las gândurile să circule libere.
42. Îmi fac griji în legătură cu gândurile mele.
43. Pot fi ușor distras.
44. Îngrijorările mele nu sunt productive.
45. Faptul că mă îngrijorez mă împiedică să văd cu claritate anumite situații.
46. Îngrijorările mă ajută să rezolv o serie de probleme.
47. Am puțină încredere în memoria mea referitoare la locuri.
48. Gândurile mele referitoare la îngrijorări nu sunt controlabile.
49. Este rău să nutrești anumite gânduri.
50. Dacă nu îmi voi controla gândurile, ele mă vor perturba.
51. Nu am încredere în memoria mea.
52. Gândurile mele sunt mult mai clare atunci când mă îngrijorez.
53. Gândurile legate de îngrijorări apar în mod automat.
54. Aş fi o persoană egoistă dacă nu mi-aş face griji.
55. Dacă nu aş putea să-mi controlez gândurile, nu aş putea să acționez.
56. Trebuie să-mi fac griji pentru a lucra bine.
57. Am puțină încredere în memoria mea legată de acțiuni.
58. Am dificultăți să mă concentrez mult timp asupra unui lucru.
59. Dacă se întâmplă un lucru rău şi eu nu mi-am făcut griji dinainte, mă simt responsabil.
60. Nu ar fi normal să nu-mi fac griji.
61. Îmi examinez în permanență gândurile.
62. Dacă încetez să-mi fac griji, voi deveni încrezut, arogant şi agresiv.
63. Îngrijorările mă ajută să-mi planific viitorul mai eficient.
64. Aş fi o persoană mai puternică dacă mi-aş face mai puține griji.
65. Aş fi un prost şi un insensibil dacă nu mi-aş face griji.

Factorii chestionarului:

1 = Rezolvare de probleme şi convingeri legate de rolul pozitiv al îngrijorărilor.
2 = Gânduri referitoare la autocontrol.
3 = Eficienţa metacogniţiilor.
4 = Convingeri negative cu caracter general (inclusiv sentimentul responsabilităţii şi superstiţiile).
5 = Conştientizarea propriilor cogniţii.

Factori:	***1***	***2***	***3***	***4***	***5***
Numărul întrebării:	1 9 12 22 26 27 30 32 35 38 44* 46 52 54 56 60 62 63 65	2 5 8 11 13 18 21 31 33 36 40 42 45 48 53 64	3 10 16 24 28 43 47 51 57 58	7 15 17 19 29 34 37 39 41* 49 50 55 59	4 6 14 20* 23 25 61

La itemii prevăzuţi cu steluţă scorul se inversează.

Inventarul gândurilor legate de anxietate
(Wells, 1999)

Citiţi fiecare afirmaţie prezentată mai jos şi încercuiţi cifra care indică frecvenţa cu care trăiţi gândurile sau cât de des vă faceţi griji. Nu zăboviţi prea mult asupra unei afirmaţii. Nu există răspunsuri bune sau rele şi primul răpuns care vă vine în minte este cel mai potrivit.

Niciodată	Uneori	Adesea	Aproape totdeauna
(1)	(2)	(3)	(4)

1. Îmi fac griji în legătură cu modul în care arăt.
2. Cred că sunt un ratat.
3. Atunci când mă gândesc la viitor, mă gândesc mai mult la lucrurile negative care mi s-ar putea întâmpla decât la cele pozitive.
4. Dacă am cel mai neînsemnat simptom corporal mă gândesc la cele mai rele lucruri care mi s-ar putea întâmpla.
5. Mă gândesc că sunt foarte serios bolnav.
6. Mi-e greu să-mi eliberez mintea de gândurile care se tot repetă.
7. Îmi fac griji pentru că aş putea face un atac de cord sau aş putea avea cancer.
8. Îmi fac griji pentru că aş putea spune sau face lucruri greşite atunci când mă aflu printre străini.
9. Îmi fac griji pentru faptul că abilităţile mele nu se vor ridica la nivelul aşteptărilor celorlalţi.
10. Îmi fac griji în legătură cu starea mea de sănătate.
11. Îmi fac griji pentru că nu-mi pot controla gândurile atât de mult cât aş dori.
12. Îmi fac griji pentru că oamenii s-ar putea să nu mă agreeze.
13. Iau eşecurile şi dezamăgirile atât de tare în serios încât acestea nu-mi mai pot ieşi din minte.
14. Adesea nu mă simt în largul meu.
15. Atunci când sufăr de o boală uşoară (de pildă, un guturai) cred că este ceva mult mai serios decât este cu adevărat.
16. Gândurile neplăcute îmi vin în minte împotriva voinţei mele.

17. Îmi fac griji în legătură cu eşecurile şi slăbiciunile mele.
18. Îmi fac griji pentru că nu cred că voi putea face faţă vieţii la fel de bine ca ceilalţi.
19. Îmi fac griji în legătură cu moartea.
20. Îmi fac griji pentru că m-aş putea face de râs.
21. Cred că pierd mult în viaţă pentru că îmi fac prea multe griji.
22. Am gânduri repetitive (cum ar fi, de pildă, număratul sau repetarea unor fraze).

Subscale	Social	Sănătate	Metacogniţii
Numărul întrebării:	1 2 8 9 12 14 17 18 20	4 5 7 10 15 19	3 6 11 13 16 21 22

Inventarul de evaluare a reacţiilor fobice
(Fensterheim şi Jean Baer, 1977)

Obiectiv: descoperirea stimulilor declanşatori ai anxietăţii şi reacţiilor de tip fobic pentru demararea programului de autocontrol.

Pacientului i se cere să revadă lista cu fobiile şi fricile sale şi să aleagă acele situaţii care îi produc o teamă îngrozitoare, insuportabilă. În raport cu situaţiile respective, el trebuie să răspundă mai multor întrebări. Autorii menţionaţi dau un exemplu de astfel de întrebări pentru un subiect cu claustrofobie:

1. De ce ţi-e frică de fapt?

Că te vei sufoca, că vei fi prins în capcană, că nu vei putea ieşi din cameră, că vei deveni nervos, că vei intra în panică

și vei începe să țipi așa încât te vor auzi vecinii, făcându-te de râs în bloc, că vei leșina? etc.

2. Care sunt lucrurile care fac ca teama ta să fie mai mare sau să scadă?

Depinde frica ta de faptul că ușa este deschisă sau închisă?
Depinde de numărul de persoane din încăpere?
Depinde de dimensiunea încăperii?
Depinde ea de faptul că persoanele din încăpere sunt cunoscute sau necunoscute? etc.

3. Care este lucrul cel mai rău care crezi că ți se poate întâmpla?

Vei intra în panică, o vei lua la goană și lumea va crede că nu ești în toate mințile, vei leșina din cauza lipsei de aer, vei face un atac de cord sau un accident vascular cerebral, vei muri?

Într-o etapă ulterioară a interviului de evaluare, pacientul trebuie să răspundă și la o altă întrebare:

4. Ce anume mă împiedică temerile mele să fac?

Mă determină să evit anumite situații?

Subiectul trebuie să fie ghidat de terapeut să realizeze distincția dintre reacția de evitare pasivă („nu mă duc la conferință pentru că sala e prea mică și mi se va face frică") și evitarea activă (subiectul întreprinde ceva pentru a preîntâmpina producerea acelui lucru de care se teme, de pildă verifică de mai multe ori dacă ușa este deschisă și poate ieși din cameră).

Pasul următor constă în analizarea costurilor pe care le are fobia pentru subiect și se referă la ce a pierdut din cauza ei în plan profesional, social, interpersonal, în planul imaginii de sine.

Apoi subiectului i se cere să grupeze fricile sale pe categorii: frici foarte puternice, puternice, moderate. Iată, de pildă, lista de frici foarte puternice ale unei paciente în vârstă de 27 de ani:

– fobie de locuri înalte;
– de a fi prinsă în capcană;
– de a merge cu liftul;
– de a merge cu metroul;

– de spaţii aglomerate;
– de călătorii cu avionul;
– de sarcină;
– de faptul că va leşina;
– de intervenţii chirurgicale;
– de poduri;
– de scări rulante;
– de a participa la slujba religioasă de la biserică;
– de foc;
– de întuneric;
– de accidente;
– de oameni infirmi;
– de întuneric.

La o analiză mai atentă, pacienta a realizat o nouă clasificare a fobiilor sale:

I. Fobia de înălţime ce includea:
– fobia de a zbura cu avionul;
– de poduri;
– de scări rulante.

II. Fobia de a fi prinsă ca într-o capcană:
– de ascensor;
– de metrou;
– de locuri aglomerate;
– de a participa la slujba religioasă de la biserică.

III. Fobia de deformări fizice:
– de foc;
– de sarcină;
– de leşin;
– de accidente;
– de intervenţii chirurgicale;
– de oameni infirmi.

IV. Fobii iraţionale: de întuneric.

Antrenamentul de autocontrol trebuie început cu situaţia cea mai puţin anxiogenă, unde subiectul are cele mai multe şanse de succes, ţinându-se însă şi seama de importanţa reacţiei fobice

în viaţa acestuia. De pildă, în cazul tinerei la care ne-am referit, fobia de a fi prinsă în capcană nu este cea mai puternică, în schimb o împiedică pe pacientă să-şi caute serviciu.

Pacienta este apoi solicitată să mai verifice o dată lista iniţială şi să observe dacă mai există fobii care ar putea fi incluse în categoria „teama de a fi prinsă în capcană". După ce a realizat acest lucru, pacienta trebuie să realizeze situaţiile aparţinând categoriei menţionate mai sus, de la cea mai anxiogenă până la cea mai puţin anxiogenă, aceasta din urmă reprezentând punctul de pornire al psihoterapiei.

Adesea, fobiile produc două tipuri de modele de comportament care influenţează stilul de viaţă al subiectului: hipervigilenţa şi comportamentul repetitiv de tip contrafobic. Aceste tipuri de reacţii sunt foarte subtile şi uneori este greu de identificat teama care stă în spatele lor.

În cazul hipervigilenţei subiectul este atât de speriat încât caută cel mai mic indicator legat de faptul că situaţia de care se teme se va produce. De multe ori, acesta reacţionează chiar la semnale eronate, considerând că stimulii anxiogeni sunt prezenţi, deşi aceştia lipsesc.

Astfel, de pildă, Mariana, care are o puternică fobie de şerpi, este cu ochii în patru ori de câte ori iese undeva în mijlocul naturii şi este gata să ia orice beţişor drept un şarpe veninos.

Doru este atât de speriat de faptul că cineva se va supăra pe el, încât vede semne de ostilitate la ceilalţi şi atunci când acestea nu există. Dacă totuşi se întâmplă să fie agresat de cineva, el contraatacă în mod automat şi reacţia sa este disproporţionată faţă de stimulul care a declanşat-o.

Comportamentul contrafobic de tip repetitiv

Deşi pacientul face eforturi tot mai mari pentru a evita anumite situaţii, totuşi acestea se pot produce uneori, iar pacientul nu poate avea un control total nici asupra situaţiei, nici asupra

propriului comportament, şi inevitabilul se produce, în sensul că se întâmplă exact acel lucru de care subiectul se temea cel mai mult (dacă se temea de critică sau respingere, ceilalţi îl vor critica sau respinge).

Datorită dorinţei nestăvilite a subiectului de a avea control asupra sa, el se plasează mereu în situaţii anxiogene, eşuează în încercarea de a le facă faţă şi astfel se întăreşte modelul reacţiei fobice. De cele mai multe ori subiectul nici măcar nu este conştient de modul în care se comportă.

Astfel, de pildă, Sandra, asistentă medicală, de 27 de ani, s-a prezentat la cabinet pentru problemele pe care le avea cu bărbaţii. Ori de câte ori intra în relaţie apropiată cu un bărbat, acesta se dovedea a fi excesiv de critic la adresa ei, cei doi ajungând la certuri violente şi chiar la bătăi, fapt ce ducea la terminarea relaţiei.

În urma discuţiilor cu terapeutul, pacienta a conştientizat câteva aspecte:

– modul în care o tratau bărbaţii era identic cu modul în care fusese tratată de tatăl ei;

– ea parcă era în căutarea unor bărbaţi de acest tip;

– când se întâlnea cu un bărbat delicat, ea parcă nu se simţea în largul ei;

– pacienta repeta la nesfârşit acelaşi model de comportament.

Ceea ce nu realiza însă aceasta era faptul că era fobică la orice critică venită de la un bărbat. Experienţele sale din copilărie cu tatăl său au învăţat-o că nu este nimic de făcut pentru a preveni critica. Singurul lucru pe care îl putea face ea, creându-şi iluzia unui fals autocontrol, era să intre mereu în situaţii de acest gen, alegându-şi bărbaţi agresivi.

Depistarea fobiilor mascate

Multe frici şi fobii sunt evidente. Astfel, ne este foarte clar că ne temem să mergem cu metroul sau că ne-am putea îmbolnăvi

de cancer. Există însă și situații când pentru subiect nu este foarte clar de ce se teme de fapt și în ce constau fobiile sale. Aceasta se întâmplă mai ales în cazul fobiilor sociale. Pentru depistarea acestui gen de probleme Feinsterheim și Jean Baer (1977) au realizat următorul chestionar:

1. Soacra dv. vă povestește despre petrecerea formidabilă la care a luat parte aseară. Dv. reacționați astfel:
   a. Întrebați ce anume s-a servit și rețineți unele detalii în legătură cu meniul.
   b. Vă simțiți prost și terminați imediat conversația, spunându-vă în gând: „îmi popvetește întotdeauna cât de bine s-a simțit în casele altora".
   c. Îi reproșați că din cauza asta nu a mers cu dv. la cumpărături și începeți să vă certați.
2. Aveți un serviciu bine retribuit și cu responsabilitate moderată, dar vi se cere ca o dată pe săptămână să raportați despre activitatea departamentului pe care îl conduceți. Acest lucru vă face să vă simțiți foarte încordat deoarece trebuie să prezentați personal acest raport șefului ierarhic superior. Gândul că trebuie să dați ochii cu șeful în fiecare săptămână devine atât de insuportabil încât sunteți în pericol să vă pierdeți serviciul.
   În această situație:
   a. Căutați un nou loc de muncă.
   b. Aranjați situația în așa fel încât contactul direct cu șeful să nu mai fie necesar.
   c. Căutați să sporiți numărul de contacte cu superiorul care vă stresează.
3. V-ați angajat într-o relație interpersonală apropiată. Cu cât vă simțiți mai implicat, cu atât simțiți un resentiment mai puternic care conduce la ruperea relației. În această situație:
   a. Vă blamați pentru incapacitatea de a menține o relație și vă întrebați ce este în neregulă cu dv. ca persoană.
   b. Vă străduiți din răsputeri să spuneți ceea ce trebuie să spuneți în prezența persoanei respective.

c. Deşi începeţi cu banalităţi, până la urmă încercaţi să arătaţi ceea ce simţiţi cu adevărat.

4. Vă aflaţi la o petrecere unde sunt numeroase persoane interesante de sex opus. Ce faceţi?
   a. Intraţi în vorbă cu persoanele care vi se par atrăgătoare, încercând să păreţi cât mai simpatic posibil.
   b. Vorbiţi cu persoanele interesante, dar realizaţi faptul că aveţi puţine lucruri de spus.
   c. Evitaţi persoanele care vă plac şi vă învârtiţi printre cele pe care le găsiţi mai puţin interesante şi atrăgătoare.
5. În familie s-au creat disensiuni pentru că partenerului de viaţă îi place să călătorească în locuri noi, în timp ce dv. vă place să mergeţi doar în locurile cunoscute. Partenerul dv. a avut un an greu şi doreşte să facă o excursie în străinătate. Ce faceţi?
   a. Refuzaţi să-l însoţiţi şi insistaţi să mergeţi la ţară, la părinţi.
   b. Îi spuneţi: anul acesta voi merge la părinţi pentru că mama nu se simte bine. O să merg anul viitor în străinătate cu tine.
   c. Acceptaţi să mergeţi şi începeţi să vă pregătiţi de călătorie citind mult despre locurile pe care urmează să le vizitaţi.
6. Sunteţi conştient de faptul că puteţi face mai mult în profesie, să fiţi mai creativ şi să obţineţi promovarea mult aşteptată. Cu toate acestea, ori de câte ori se iveşte ocazia să faceţi ceva mai deosebit, găsiţi o mie de motive să nu realizaţi acest lucru. La ultima şedinţă a comitetului director se discută o problemă importantă şi dv. aţi găsit soluţia cea mai bună. În această situaţie:
   a. Găsiţi contraargumente la soluţia respectivă şi vă folosiţi de aceasta pentru a nu lua cuvântul.
   b. Vă gândiţi bine ce aveţi de spus şi vă concentraţi pentru a prezenta soluţia cât mai clar şi mai argumentat.
   c. Vă exprimaţi opinia, dar într-o manieră atât de nesigură încât nu reuşiţi să-i convingeţi pe ceilalţi.

7. Aveți unele probleme sexuale în cadrul cuplului. S-a ajuns la situația în care vă simțiți prost ori de câte ori sunteți pus în situația de a vă exprima orice sentiment de afecțiune care ar putea conduce la relații sexuale. Sunteți singur cu partenerul dv. și simțiți o stare de încordare și răceală față de partener. În această situație:
   a. Cedați tentației de a-i face avansuri sexuale, deși sunteți conștient de faptul că acestea vor conduce la un nou eșec.
   b. Vă chemați prietenii și ieșiți împreună să beți ceva.
   c. Deși vă vine greu, discutați deschis cu partenerul și decideți împreună cum ar fi mai bine să vă petreceți seara.
8. Aveți foarte mulți prieteni cu care vă vedeți mereu, așa că vă rămâne puțin timp pentru lectură sau treburi casnice. În felul acesta vi s-au adunat foarte multe treburi de făcut și vă trebuie un weekend întreg pentru a pune casa la punct. În această situație:
   a. Vă retrageți și vă apucați de treabă.
   b. Chemați un prieten să vă ajute să faceți curat.
   c. Vă apucați să faceți curat, dar nu aveți spor și începeți să telefonați prietenilor și vă încheiați weekend-ul făcând o vizită cuiva.
9. Vă este frică de înălțime, dar aveți o prietenă pe care o iubiți prea mult și care locuiește la etajul 10. Ați refuzat de mai multe ori să o vizitați și astfel s-a creat o situație neplăcută. Acum persoana respectivă vă invită la masă. Procedați astfel:
   a. Găsiți un nou pretext de a refuza invitația.
   b. Acceptați invitația, dar o dată ajuns acolo începeți să vă plângeți de dureri de cap și plecați devreme.
   c. Îi spuneți deschis prietenei că suferiți de fobie de înălțime.
10. Sunteți femeie, foarte bună profesional și vi s-a oferit o funcție mai mare la o altă firmă. Cum procedați?
   a. Acceptați oferta, vă bucurați de provocarea destinului și lucrați cât puteți de bine.

b. Refuzați, spunându-vă că lucrurile merg bine în căsnicie și la serviciu și atunci la ce bun să faceți o schimbare.
c. Acceptați serviciul, dar începeți să faceți tot felul de greșeli, lucrând mult mai prost decât ați putea lucra.

Ce investighează acest chestionar? Să luăm pe rând fiecare item:

1. Teama de critică. Răspunsul (a) este cel mai corect, subiectul comunică încercând să obțină informații utile. Răspunsul (b) caracterizează o reacție de evitare, iar (c) este cel mai puțin adecvat, evidențiind o reacție dezadaptativă (subiectul vede critica acolo unde nu există).

2. Teama de figuri investite cu autoritate. Răspunsul (c) este cel corect – subiectul încearcă să scape de fobia sa prin expuneri progresive. Răspunsul (a) exprimă o reacție de fugă, în timp ce răspunsul (b) semnifică faptul că subiectul își aranjează situația astfel încât să-i facă față, dar nu scapă de fobia sa.

3. Teama de a nu supăra o persoană apropiată. Răspunsul corect este (c), pentru că subiectul își exprimă deschis sentimentul. Răspunsul (a) indică faptul că subiectul crede că este profund dereglat și că nu va scăpa de fricile sale decât dacă-și va rezolva conflictele majore. În cazul răspunsului (b) continuă modelul fobic de reacție, în care cu cât subiectul evită mai mult problemele esențiale, cu atât crede el că va fi mai bine.

4. Teama de a fi respins de un partener de sex opus. Răspunsul corect este (a), pentru că subiectul este dispus să riște să fie respins din dorința de a avea o comunicare apropiată cu persoana care îl interesează.

(b) este răspunsul care reflectă o profeție autoîmplinită, în sensul că subiectul se așteaptă atât de mult să fie respins, încât chiar va fi respins.

(c) Subiectul minimalizează riscul de a fi respins, spunându-și că există o șansă mai redusă să fie respins de persoane neinteresante decât de cele interesante. Mai mult, a fi respins de persoane care nu te interesează atât de mult nu reprezintă o psihotraumă prea mare.

5. Teama de nou. Răspunsul corect este (c), pentru că subiectul hotărăște să se expună situației care îl sperie, dar caută să înlăture sentimentul de teamă pe care i-l produce necunoscutul, realizând lecturi în legătură cu locurile respective.

(b) Subiectul caută să facă în așa fel încât reacția de evitare să pară mai rațională, iar în cazul (c) el nu face decât să continue același tip de comportament fobic pe care l-a avut toată viața.

6. Teama de ridicol. Răspunsul corect este (b), pentru că realizând concentrarea asupra sarcinii subiectul va controla mai bine situația.

În cazul răspunsului (c) subiectul încearcă să stăpânească situația, dar este depășit de aceasta, iar în cazul (a) el nu face decât să raționalizeze comportamentul de evitare.

7. Teama de a fi neadecvat în plan sexual. Răspunsul corect este (c), pentru că subiectul realizează faptul că teama de eșec s-a generalizat de la comportamentul sexual la orice încercare de manifestare de tandrețe. Reacția de tip (b) reprezintă o tendință de evitare a situației anxiogene, iar reacția (a) nu reprezintă decât o modalitate de repetare și întărire a reacției fobice.

8. Teama de singurătate. Răspunsul (a) este cel corect, pentru că subiectul caută să întreprindă un lucru pozitiv atunci când este singur, fapt ce poate contribui chiar la accentuarea sentimentului său de autocontrol. În cazul răspunsului (b) subiectul caută să întreprindă ceva pentru a se simți mai bine, dar el se află încă sub stăpânirea fobiei. Răspunsul (c) reprezintă expresia directă a unui comportament de evitare. (Subiectul se poate blama pentru faptul că este leneș, deși reacția ascunsă este cea de evitare a singurătății).

9. Teama de faptul că oamenii îl vor considera pe subiect ca fiind bolnav psihic (această teamă are un caracter mai subtil, aparentă fiind teama de înălțime. Răspunsul corect este (c) pentru că subiectul se confruntă direct cu fobia sa secundară. Astfel, ceilalți pot să nu înțeleagă de ce o persoană se teme de înălțime, dar vor înțelege că respectiva persoană le este prietenă. În cazul răspunsului (b) subiectul pune în acțiune atât comportamentul de evitare, cât și pe cel de fugă din situație. Răspunsul (a) exprimă un comportament de evitare, care se referă la ambele tipuri de fobii.

10. Teama de succes. Răspunsul corect este (a) pentru că subiectul are şansa să obţină succes şi acţionează în consecinţă. Răspunsul (b) este eronat, dacă exprimă teama de succes şi corect, dacă este bazat pe o decizie conştientă, care are în vedere viaţa de familie. În cazul răspunsului (c), cu cât subiectul se simte mai aproape de succes, cu atât creşte anxietatea acestuia, fapt ce contribuie la reducerea lucidităţii şi, din acest motiv, subiectul comite tot mai multe greşeli.

Automonitorizarea

Se referă la notarea frecvenţei, duratei şi intensităţii stărilor afective negative pe o scală gradată de la 0 (lipsa anxietăţii sau disconfortului) până la 100 (anxietate şi disconfort extrem).

Prezentăm în cele ce urmează un exemplu de jurnal pentru notarea ritualurilor obsesiv-compulsive (Wells, 1999):

Data

Perioada	Situaţia	Descrierea ritualului	Gradul de disconfort 0-100	Durata ritualului
Dimineaţa După-amiaza				

Numărul total de ritualuri zilnice

Notaţi pe formularul de mai sus ori de câte ori se manifestă un ritual obsesiv, perioada în care apare şi situaţia în care se manifestă. Descrieţi în detaliu în ce constă ritualul (spălat de mai multe ori pe mâini, numărat, bătut în lemn etc.). Notaţi disconfortul (anxietatea) care îl însoţeşte pe o scală de la 0 la 100, în care 0 înseamnă absenţa disconfortului, iar 100 disconfort extrem. Notaţi, în final, numărul total de ritualuri.

Aceste evaluări se utilizează pentru a conduce şedinţele de psihoterapie, intervenţiile terapeutice fiind reglate în funcţie de ceea ce relatează pacientul.

Interviul clinic

Interviul specific intervenției terapeutice cognitiv-comportamentale constă în trei elemente esențiale:

1. Definirea în detaliu a problemei.
2. Analiza cognitiv-comportamentală. Analiza longitudinală.
3. Detalii referitoare la etiologia (cauzalitatea) afecțiunii.

Definirea problemei implică descrierea în detaliu a principalelor simptome afective, fiziologice, comportamentale și cognitive.

Simptomele țintă trebuie stabilite pornindu-se de la operaționalizarea obiectivelor terapiei. Astfel, o pacientă agorafobică a relatat faptul că prezintă atacuri de panică recurente și comportamente de evitare atunci când părăsește locuința. La început, aceasta a fost solicitată să descrie simptomele atacurilor de panică recente, acestea fiind definite în mod clar ca reprezentând o creștere accentuată a anxietății, caracterizată prin cel puțin patru simptome. O dată definit atacul de panică, s-a urmărit frecvența acestor atacuri în cursul ultimei săptămâni și, respectiv, ultimei luni. A fost realizată, de asemenea, o analiză similară a naturii comportamentelor de evitare utilizate de pacientă. S-a constatat că pacienta ieșea din casă singură cam de două ori pe săptămână, dar că nu depășea o anumită zonă de siguranță, unde se aflau locuințele unor rude sau prieteni.

În cursul tratamentului au fost luați ca indicatori frecvența atacurilor de panică, gradul de disconfort asociat cu acestea, precum și distanțele pe care se deplasa pacienta.

Analiza cognitiv-comportamentală

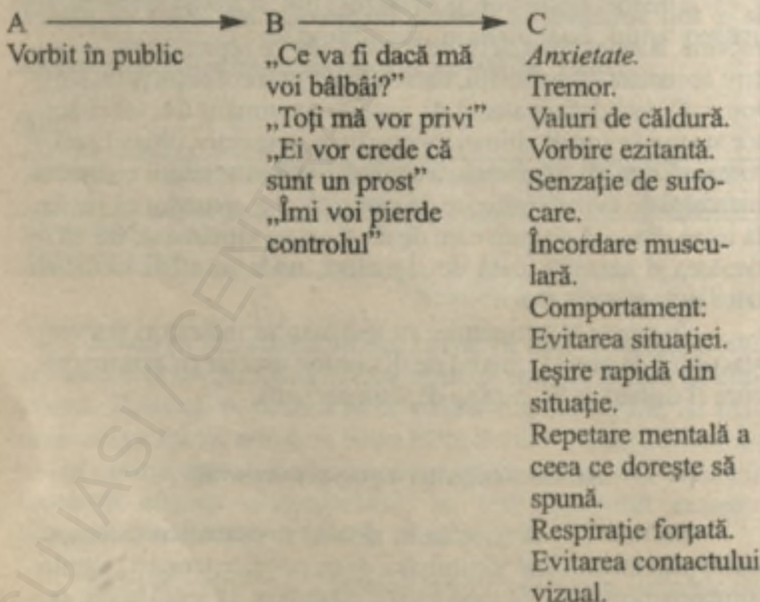
Se referă la descrierea în detaliu și cuantificarea simptomelor prin intermediul identificării de pe pozițiile terapiei cognitiv-comportamentale a factorilor care contribuie la menținerea problemei. Forma cea mai simplă de analiză cognitiv-comportamentală este analiza de tip A, B, C, în care A reprezintă declanșatorul

anxietății, B gândurile care se activează în situația anxiogenă și C reacțiile emoționale și comportamentale la situația respectivă.

Antecedentele sau declanșatorii anxietății (A) se referă la stimulii interni (senzații corporale, reacții emoționale sau gânduri intruzive) sau externi, cum ar fi, de pildă, expunerea la situații stresante. B reprezintă produsul evaluărilor subiectului asupra declanșatorilor, respectiv semnificațiile acordate acestora și au, la rândul lor, consecințe în plan emoțional și comportamental (C).

Evaluările se referă la gândurile negative automate sau la interpretările catastrofizante ale unor stări sau senzații corporale.

Prezentăm în cele ce urmează un model de analiză cognitiv-comportamentală a unui pacient cu fobie socială (adaptat după Wells, 1999).



Analiza longitudinală

Se referă la cauzele care au contribuit la apariția și menținerea problemei clientului. Terapeutul va analiza stresurile trecute, natura relațiilor interpersonale, alți factori care au acționat în copilărie, precum și modalitățile prin intermediul cărora subiectul a făcut față situațiilor stresante din trecut.

Atenție va fi acordată și evidențierii gândurilor și convingerilor negative disfuncționale care au contribuit la instalarea tulburării anxioase.

În cazul tulburărilor anxioase fără probleme deosebite în sfera personalității, schemele referitoare la vulnerabilitățile subiectului pot fi evidențiate prin întrebări directe cu privire la semnificația unor evenimente. Pentru anxietatea asociată cu tulburări de personalitate, conținutul schemelor cognitive cu conținut negativ poate fi dedus în mod indirect prin intermediul gândurilor negative cu conținut situațional, asociate mai frecvent cu prezența anxietății. În astfel de cazuri, terapeutul va formula o ipoteză referitoare la conținutul schemelor cognitive, ipoteză ce se va dovedi corectă dacă simptomele se remit.

Testele în sfera comportamentală

Testele comportamentale oferă ocazia pentru a obține informații utile evaluării subiecților. Aceste informații se referă atât la indicatorii din sfera comportamentală, cât și la unele date legate de trăirile subiective.

Elementele observabile pot fi, de pildă, frecvența verificărilor, durata expunerii la situațiile fobice, distanța până la care se apropie persoana de obiectul fobiei sale etc.

Informațiile cu caracter subiectiv includ conținutul gândurilor și convingerilor activate, gradul de disconfort resimțit de subiect (anxietate), precum și punerea în acțiune a comportamentelor de asigurare (dintre care unele pot fi și observabile).

Testele comportamentale utilizate la începutul şi la sfârşitul psihoterapiei sunt utile mai ales atunci când informaţiile bazate pe autoevaluare sunt dificil de obţinut. Astfel, de pildă, un subiect cu fobie socială, cu o istorie lungă de evitare a situaţiilor în care trebuie să mănânce sau să bea în public, avea dificultăţi în a relata ceva despre gândurile sau convingerile negative. În acest caz, terapeutul îi poate cere să mănânce o prăjitură şi să bea o cafea în cabinet, fapt ce îi va activa anxietatea legată de anticiparea unor evaluări negative, precum şi comportamentele de evitare.

Structura interviului terapeutic
(după Wells, 1999)

1. Aplicarea unor chestionare şi analizarea datelor obţinute prin intermediul acestora.

Autorul recomandă aplicarea inventarelor de depresie şi anxietate ale lui Beck şi colaboratorii: BDI şi BAI, precum şi a scalelor de autoevaluare specifice elaborate de el (Wells şi colaboratorii).

În etapa preliminară a interviului terapeutul trebuie să acorde o atenţie deosebită mai ales potenţialului suicidar şi lipsei de speranţă, simptome care necesită o abordare mai atentă, eventual şi de natură psihiatrică.

2. Explicarea structurii şi obiectivelor evaluării.

Pacientului i se poate administra un instructaj de tipul următor:

„Obiectivul întâlnirii noastre de astăzi este determinarea naturii problemei dv. Vă voi adresa un număr de întrebări în legătură cu modul în care v-aţi simţit în decursul ultimei luni. Apoi vă voi întreba câte ceva despre antecedentele problemei actuale. Căutaţi să vă exprimaţi cât mai clar şi mai deschis. Mulţi oameni se simt jenaţi să vorbească despre fricile şi anxietăţile lor, deşi anxietatea reprezintă o problemă foarte răspândită. Această şedinţă va dura o oră sau chiar o oră şi jumătate şi sper ca la sfârşitul

ei să ne fie foarte clar care este natura problemei dv. și ce anume trebuie să facem pentru a o rezolva."

3. Se cere apoi clientului să-și descrie problema actuală, așa cum s-a manifestat aceasta în decursul ultimei luni.

4. Solicitarea unor date referitoare la simptomele apărute în sferele afectivă, cognitivă, fiziologică și comportamentală.

Terapeutul va conduce discuțiile astfel încât să poată elabora în mod explicit modelul cognitiv A, B, C al problemei clientului.

5. Obținerea unor informații de natură longitudinală.

Întrebările vor viza incidentele critice apărute de-a lungul vieții subiectului, variabilele care modulează apariția și menținerea simptomului, precum și factorii care au contribuit la vulnerabilitatea subiectului (de pildă, psihotraumele din copilărie).

În această etapă trebuie identificate convingerile și supozițiile disfuncționale sau măcar terapeutul trebuie să formuleze o ipoteză în legătură cu acestea.

6. Verificarea unor aspecte care au rămas neexplorate și solicitarea de feedback-uri din partea pacientului

Terapeutul realizează un rezumat al celor prezentate și solicită pacientul să analizeze corectitudinea elementelor înregistrate. Acesta se va referi și la utilitatea terapiei cognitiv-comportamentale în problema dată.

7. Pregătirea pentru prima ședință de psihoterapie implică:

– descrierea naturii și metodelor terapiei cognitiv-comportamentale;

– precizări legate de rolul activ al clientului în cadrul demersului psihoterapeutic (teme pentru acasă, jurnale zilnice etc.);

– explicarea modului de completare a documentelor de autoevaluare (notarea gândurilor negative, evaluarea intensității unor stări emoționale etc.);

– spulberarea îndoielilor clientului referitoare la eficiența metodei cognitic-comportamentale este prezentată ca un experiment, din care oricine are ceva de câștigat.

Pacienții se prezintă frecvent la psihoterapie cu o multitudine de probleme. În acest caz, evaluarea are drept obiectiv evi-

dențierea tuturor problemelor, a interrelațiilor dintre acestea, precum și a priorităților în ceea ce privește intervenția terapeutică.

Prioritățile sunt stabilite de comun acord de către client împreună cu terapeutul. De regulă, se abordează în primul rând problemele care îi creează pacientului gradul cel mai ridicat de disconfort. Sunt considerate priorități absolute lipsa de speranță, ideile și comportamentele suicidare, precum și cele autodistructive. Iată un exemplu: un bărbat de 43 de ani, Mihai, s-a prezentat la psihoterapie pentru atacuri de panică săptămânale, preocupări hipocondriace, gelozie patologică și consum abuziv de alcool.

Deși obiectivul principal îl reprezentau atacurile de panică, consumul abuziv de alcool pe care pacientul și-l administra sub forma unei automedicații, în afară de aspectul autodistructiv, avea și efecte negative asupra terapiei atacurilor de panică, pentru că amplifica simptomele corporale. Terapeutul a explicat acest lucru pacientului și a negociat cu el ca acest simptom să fie abordat prioritar. Au fost utilizate experimente în sfera comportamentală pentru a testa rolul consumului de alcool asupra atacului de panică. După două săptămâni de reducere a consumului de alcool s-a redus și frecvența atacurilor de panică.

Capitolul 4

Metode comportamentale de psihoterapie a tulburărilor anxioase

Psihoterapia comportamentală se bazează pe o serie de metode şi tehnici de întărire, modelare, desensibilizare. În cele ce urmează vom prezenta un model de desensibilizare aparţinând lui Fensterheim şi Baer (1977).

Acest antrenament de orientare compoprtamentală porneşte de la ideea că orice modalitate de a reacţiona ce a fost învăţată poate fi şi dezvăţată şi reprezintă o formă de terapie comportamentală. În cadrul acestei psihoterapii, subiectul îşi acceptă problema ca atare şi identifică modelele de comportament care ar trebui schimbate. Urmează apoi înlocuirea comportamentelor indezirabile prin comportamente cu caracter adaptativ.

Terapia comportamentală îl ajută pe subiect:

- să fie mai puţin anxios în situaţii anxiogene;
- să întreprindă acţiuni care vor contribui la reducerea anxietăţii.

Aşa cum am mai subliniat, oamenii devin anxioşi în situaţii care pentru majoritatea oamenilor nu sunt anxiogene, prin intermediul procesului condiţionării. Pentru a modifica modelul de comportament eronat şi dezadaptativ, subiectul trebuie să înveţe să asocieze situaţia anxiogenă cu o stare psihică pozitivă. Reacţia anxioasă este declanşată de anumiţi stimuli „cheie". Astfel, noi putem să învăţăm să ne speriem de aproape orice: de ascensor, de metrou, de furtună, de persoane încruntate şi chiar de propriile

noastre gânduri („sunt sigur că metroul va lua foc") sau senzații („mă simt amețit, este sigur că voi leșina").

Psihologii comportamentaliști afirmă că reacția la situația anxiogenă are un caracter automat și implică:

• trăiri emoționale: panică, anxietate, dar uneori chiar depresie sau furie;

• reacții fiziologice: tahicardie, senzație de sufocare, dureri de stomac, amețeli, transpirații, paloare sau, dimpotrivă, roșeață în obraji.

Terapeuții cognitiv-comportamentaliști mai adaugă și gândurile negative, generatoare de anxietate. Esența terapiei comportamentale constă în realizarea unor programe de desensibilizare. Astfel, persoana cu reacții anxioase trebuie să se confrunte treptat, pas cu pas, cu situația care îi produce teamă – astfel încât trecerea să nu fie prea intensă. La fiecare pas, în confruntarea cu stimulul anxiogen se realizează o asociere cu o stare psihică pozitivă.

Prezentare de caz:

Groaza de pisici a terorizat-o pe Ana încă din copilărie. Acum, la 30 de ani, ingineră și mamă a doi copii, ea nu se poate elibera de acest comportament absurd. Nu vizita familiile cu pisici, se uita atent pe stradă ca nu cumva să apară vreo pisică și nu intra în magazinele unde ar fi putut întâlni aceste animale.

Soțul ei, diplomat de carieră, nu a luat la început în serios fobia soției, dar mai târziu, când aceasta refuza să participe la recepții în case unde existau pisici, a început să se enerveze tot mai mult, căsnicia lor fiind serios amenințată.

Terapia comportamentală s-a desfășurat în două etape:

1. În cabinetul de psihoterapie Ana a învățat o tehnică de relaxare (antrenamentul autogen al lui Schultz). După ce a stăpânit bine exercițiile, s-a trecut la metoda antrenamentului mental sau a imaginației dirijate în stare de relaxare, când pacienta a fost solicitată să-și imagineze scene în care pisicile o atingeau, îi săreau în brațe și chiar o zgâriau ușor. La început scenele îi pro-

duceau o anxietate puternică, dar pe măsură ce pacienta se relaxa se înregistra o reducere a anxietății.

2. Într-o etapă ulterioară, terapeutul a adus o pisică blândă în cabinet, pe care a plasat-o într-un colț îndepărtat al camerei. Treptat, o dată cu fiecare ședință, terapeutul a adus pisica tot mai aproape de pacientă. După câteva ședințe pacienta s-a apropiat de coșul în care stătea pisica, a atins-o ușor și abia mai târziu a reușit s-o ia în brațe.

Pacienta a primit și o serie de sarcini pentru acasă:

• să meargă la magazinul din colț, unde dormea o pisică în vitrină și să se uite la ea un timp tot mai îndelungat;

• să meargă în vizită la prietenii posesori de pisici;

• să se joace cu pisoi mici care nu puteau s-o zgârie.

După terminarea terapiei, Ana și-a luat o pisică. Atunci când era întrebată de ce a făcut acest lucru, ea spunea, raționalizând, că o face pentru copii, care începuseră să învețe de la ea teama de pisici.

Comportamentele de evitare a situațiilor anxiogene, prin reducerea anxietății, nu fac decât să întărească reacțiile de tip fobic.

Mai mult, subiectul începe să se teamă chiar de faptul că îi va fi teamă într-o anumită situație, cât și de simptomele psihofiziologice care o însoțesc.

Această anxietate secundară focalizează atenția subiectului asupra posibilității de a-i fi teamă: subiectul în cauză nu face altceva decât să se antreneze în așa fel încât să-i fie tot mai teamă.

Reacțiile de evitare, evadare, precum și teama secundară (teama că îi va fi teamă) contribuie la apariția unui sentiment de neajutorare.

Tehnicile comportamentale de autoreglare a anxietății și reacțiilor fobice îl ajută pe subiect să câștige un anumit control asupra propriei persoane, să poată bloca apariția anxietății anticipatorii, să rămână în situația anxiogenă și să constate dacă acel lucru îngrozitor de care se teme se produce cu adevărat.

Prezentare de caz:

Marian, un tânăr de 23 de ani, căsătorit, se afla într-un autobuz aglomerat când a avut loc primul său atac de panică. El a avut senzaţia de lipsă de aer, i s-au muiat picioarele şi era convins că va leşina. Cu mare dificultate a coborât din autobuz, a ajuns acasă şi a chemat medicul. Consultaţia nu a pus în evidenţă nimic patologic.

Din acel moment, tânărul a început să fie cuprins de o teamă puternică legată de faptul că atacul s-ar putea repeta. Cum era de aşteptat, următoarele atacuri de panică s-au produs peste două zile în autobuz şi apoi în lift. La scurt timp, pacientul nu a mai avut curajul să utilizeze nici un mijloc de transport sau ascensorul, el deplasându-se pe jos la serviciu şi evitând să mai meargă în vizită, la restaurant sau la teatru. Soţia, plictisită de comportamentul său, l-a părăsit.

Pacientul s-a prezentat la psihoterapie după 10 ani, timp în care a trăit cu fobiile sale. Motivul care l-a determinat să se adreseze psihologului a fost acela că, în timpul unei şedinţe importante, a fost cuprins de panică şi a ieşit din sală, fapt ce i-a periclitat situaţia profesională.

Terapeutul a realizat o ierarhie a situaţiilor anxiogene, pornind de la cele mai puţin anxiogene până la cele puternic anxiogene.

Marian a considerat că a folosi liftul reprezintă o situaţie mai puţin anxiogenă. Astfel, prima sarcină pentru acasă a constat în utilizarea ascensorului din blocul în care locuia, timp de 30 de minute pe zi. Terapeutul i-a explicat două lucruri, şi anume că dacă atacul de panică se va produce, nu i se va întâmpla nimic îngrozitor (nu va leşina, nu va paraliza, nu va muri), iar în al doilea rând că, dacă va rezista suficient timp, atacul de panică va dispărea.

Într-o etapă ulterioară a terapiei s-a lucrat asupra fobiei de a călători cu metroul; i s-a sugerat la început să-şi imagineze o călătorie cu metroul, asociind imaginile respective cu o stare de calm şi relaxare. Apoi i s-a cerut să realizeze o călătorie cu metroul timp de o jumătate de oră pe zi, evitând orele de vârf. Trei

săptămâni la rând subiectul a manifestat reacții de evitare, căutându-și scuze să nu realizeze această sarcină. În această situație, terapeutul i-a spus că are timp liber joi dimineața și că dacă pacientul nu a folosit metroul pentru a veni la ședința de psihoterapie, îl va însoți în călătoria cu metroul, fiind în vagonul alăturat. Dacă însă pacientul a îndeplinit sarcina trasată, el trebuia să-i telefoneze terapeutului la clinică, ceea ce s-a și întâmplat. Începând cu acel moment, cercul vicios a fost spart și pacientul a încetat să mai declanșeze comportamente de evitare, ceea ce a condus la reducerea atacurilor de panică.

Punctele cheie ale terapiei comportamentale pentru controlul anxietății (*Fensterheim și Jean Baer, 1977*)

1. Pacientul trebuie să înțeleagă mecanismele fiziologice și psihologice care stau la baza declanșării și fixării unor reacții emoționale, insistându-se asupra ideii că sistemul nervos vegetativ poate fi condiționat să reacționeze la stimuli nonaxiogeni prin manifestări fiziologice specifice de teamă și că aceste reacții au un caracter automat. Așa cum omul poate să învețe să reacționeze în plan fiziologic la amenințări imaginare, el poate fi și dezvățat de aceasta.

2. Pacientul trebuie să conștientizeze modul în care a „învățat" să se teamă:

a) prin învățare directă, care înseamnă că subiectul a trecut el însuși prin experiențe negative legate de situațiile respective (de pildă, a rămas blocat în lift), a auzit despre posibilitatea ca aceasta să se producă (a aflat despre accidente de avion, metrou etc.) sau a avut un model extern (o altă persoană care se temea de situația respectivă).

b) prin generalizare, în sensul că emoția negativă are tendința de a se extinde și asupra altor situații similare (de pildă, copilul mușcat de câine va începe să se teamă de orice câine, nu numai de cel care l-a mușcat, sau un altul care se teme de autoritatea parentală se va teme de orice reprezentat al autorității: profesor, polițist, șef etc.).

Prezentare de caz:

Marcela era cea mai bună studentă din an şi a fost aleasă şi Miss-Boboc în anul I. Pentru că făcea parte din Liga studenţilor, ea a fost obligată să ţină un discurs în faţa colegilor la terminarea sesiunii din anul II. Pentru că era foarte obosită după ultimul examen (nu dormise două nopţi), ea a fost emoţionată în timpul cuvântării, i-au tremurat mâinile şi vocea, iar un coleg a comentat, spunând că nu a văzut-o niciodată atât de nervoasă. Marcela nu a uitat incidentul, gândindu-se mereu la situaţia respectivă în vacanţa de vară („Oare voi fi emoţionată ori de câte ori voi vorbi în public?"; „Oare nu cumva vor observa ceilalţi cât îmi este de teamă şi cum îmi tremură mâinile?" etc.).

În ultimul an şi în timpul masteratului anxietatea ei s-a accentuat tot mai mult. După terminarea facultăţii s-a căsătorit şi a primit un post de preparator la facultate.

În timpul orelor de seminar se temea să ţină o carte în mână pentru ca studenţii să nu observe cum îi tremură mâinile. Treptat, ea a început să refuze să meargă în vizită de teamă că ceilalţi ar observa nervozitatea ei, a încetat să mai invite prieteni acasă pentru că îi era frică de faptul că mâinile îi vor tremura şi va vărsa ceştile de cafea şi în cele din urmă a renunţat la cariera universitară, care se anunţa strălucită, devenind casnică.

Fensterheim şi Baer (1977) subliniază că nu toate reacţiile de teamă au un caracter dobândit prin învăţare, unele din aceste reacţii fiind ereditare. Astfel, teama de zgomote puternice, de obiecte necunoscute, de animale mari, de întuneric, de străini etc. este prezentă la aproape toţi copiii şi descreşte către vârsta de 4 ani. Aceste frici infantile dispar de regulă de la sine, cu excepţia situaţiei în care subiectul învaţă un anumit lucru care îi va menţine teama. De pildă, o experienţă neplăcută avută în întuneric poate menţine activă teama de întuneric chiar şi la adult.

Clinicienii afirmă că unele atacuri de panică pot apărea brusc, fără un motiv evident, iar mai târziu pacientul va învăţa să asocieze declanşarea atacului de panică cu situaţia în care aceasta s-a declanşat pentru prima oară.

3. Subiectul trebuie să conștientizeze și modul în care acțiunile sale îi mențin trează reacția de panică și îi influențează stilul de viață.

Cei doi autori propun cititorului să identifice dacă nu cumva următoarele moduri de a reacționa fac parte din stilul de viață al multor persoane anxioase sau/și fobice.

a) Persoana abandonează, iese din situația care o sperie. Astfel, de pildă, un subiect cu teama de a merge cu liftul și-a schimbat apartamentul de la etajul 9 cu un apartament mai mic, la parter.

b) Subiectul intră în situația anxiogenă, dar iese din ea cât poate de repede, fără a mai aștepta ca teama să descrească (de exemplu, o persoană cu teamă de aglomerație intră într-un supermagazin, dar iese cât poate de repede de acolo).

c) Ori de câte ori se gândește la situația care îi provoacă anxietate, subiectul își imaginează tot ce este mai rău („avionul se va prăbuși în mod sigur").

d) Persoana se bazează în permanență pe ceilalți pentru a preveni producerea situației anxiogene sau pentru a o depăși (exemplu: merge la facultate doar însoțită de mamă, tată sau prietenă").

e) În situația anxiogenă subiectul pierde controlul asupra propriilor sale gânduri. În astfel de cazuri, el poate distorsiona evenimentele prin raționalizare („desigur, câinii sunt purtători de microbi") sau, în loc să prevadă dezastrele posibile, se concentrează asupra unor detalii referitoare la consecințele situației pentru sine și pentru ceilalți.

f) Subiectul intră în situația anxiogenă, dar se concentrează atât de puternic asupra stării de teamă încât nu mai poate face față în mod adecvat situației. (De pildă, o persoană cu fobia de a vorbi în public poate fi atât de speriată așteptând să-i vină rândul la cuvânt încât nu mai știe ce să spună sau rămâne împietrită, fără să scoată un cuvânt).

g) Persoana disimulează teama. Astfel, în loc să afirme deschis că îi este frică de înălțime, găsește mereu pretexte pentru a nu-și vizita prietenii care locuiesc la etajul 10.

Această categorie de subiecţi dezvoltă frecvent şi teama secundară că îşi vor pierde minţile.

4. Pacientul trebuie să identifice şi legătura dintre intensitatea trăirii anxioase şi gradul lor de autocontrol.

Astfel, la persoanele care nu trăiesc un nivel prea ridicat de anxietate, dar au un autocontrol scăzut, teama va persista mai mult timp decât la persoanele cu anxietate puternică, dar cu autocontrol mai bun.

Cele mai mari probleme le ridică subiecţii cu nivel ridicat de anxietate şi nivel redus al autocontrolului.

Terapia comportamentală de control al anxietăţii are deci ca obiectiv reducerea anxietăţii şi creşterea gradului de autocontrol al persoanei.

Tehnicile psihanalitice bazate pe „insight" (iluminare bruscă referitoare la cauzele inconştiente care au generat anxietatea) nu se utilizează în cazul acestui gen de terapie de coloratură comportamentală decât în măsura în care pot contribui la atingerea obiectivelor mai sus menţionate.

Prezentare de caz:

Un bărbat de 40 de ani, George, s-a prezentat la psihoterapie pentru lipsă de încredere în sine.

George este fiul unei familii cu poziţie socială înaltă, el descriindu-şi mama ca pe o femeie egoistă, care izbutea să creeze în casă o atmosferă încordată, iar tatăl ca pe un om slab, fără personalitate.

George fusese educat mai mult de femeile angajate de familie şi apoi trimis la liceu şi la facultate în alt oraş. Pacientul îşi amintea cu neplăcere faptul că nici măcar nu primea scrisori de la părinţii lui atunci când locuia la cămin.

În aceste condiţii i-a apărut teama că nu-l va iubi nimeni, că nimănui nu-i pasă de el, că va trece prin viaţă fără să iubească sau să fie iubit, ceea ce s-a şi petrecut până la un punct.

Subiectul s-a căsătorit de două ori, dar în ambele cazuri s-a ajuns la divorţ pentru că George interpreta orice critică sau

ceartă ca fiind un semn că partenera nu ține la el. Eșecurile în căsnicie l-au făcut pe subiect să devină tot mai anxios, mai retras și mai deprimat.

Psihoterapia a cuprins trei etape:

Prima etapă:

Terapeutul l-a ajutat pe pacient să înțeleagă în ce măsură teama i-a influențat viața. I s-a cerut să-și reamintească unele evenimente din trecut, pe care el le-a interpretat greșit (le-a distorsionat), nefăcând altceva decât să-și întărească teama.

De pildă, atunci când un văr nu i-a răspuns la o scrisoare, el a fost convins că acesta nu mai ține la el, iar când soția s-a întâlnit la o cafea cu un coleg de liceu, pacientul și-a spus în gând: „Ea știe că nu sunt de acord cu asta. Înseamnă că nici nu-i pasă de mine!".

Etapa a 2-a:

Subiectului i s-a cerut să retrăiască de mai multe ori unele situații când s-a simțit frustrat (de pildă, când mama i-a promis că îl lasă să-și serbeze ziua și apoi s-a răzgândit în ajun, când invitațiile erau deja făcute, sau când soția i-a spus că dorește să divorțeze pentru că el nu este o persoană care să facă viața agreabilă) și să învețe să reacționeze adecvat la ele, printr-o nemulțumire moderată și nu prin anxietate acută.

Aceste exerciții au fost realizate în stare de relaxare sau de hipnoză.

Etapa a 3-a:

Au fost discutate cu pacientul mai multe situații de viață și i s-a demonstrat în ce măsură modul său defectuos de a gândi îl conduce la concluzii eronate. De pildă, dacă o prietenă se arată plictisită de ceea ce spune el, aceasta nu înseamnă că el nu va fi iubit de nimeni, niciodată.

În urma acestor discuții, George a realizat faptul că avea câțiva prieteni care țineau la el și că fostele soții l-au iubit, una dintre ele dorind chiar împăcarea.

În urma terapiei, teama subiectului că nu va fi iubit s-a redus simțitor și el a intrat într-o nouă relație cu o femeie, relație care s-a dovedit satisfăcătoare.

Herbert Fensterheim (1977) subliniază că mulţi pacienţi, mai ales cei care au cunoştinţe de psihoterapie, consideră demersul cognitiv-comportamental sau comportamental ca fiind prea simplist.

De regulă, aceşti subiecţi adresează terapeutului întrebări de genul următor (Fensterheim şi Jean Baer, 1977):

1. *Pacientul*: Trebuie să aflu cauzele ascunse care au generat fricile mele înainte de a reuşi să le modific?

Terapeutul comportamentalist: Nu este neapărat nevoie. De altfel, mulţi oameni ştiu de unde le vin temerile şi totuşi acest lucru nu-i ajută prea mult. Cel mai important lucru este să ştim cum s-a format reacţia de teamă şi care sunt factorii care o menţin.

2. *Pacientul*: Fricile, fobiile sunt ereditare?

Terapeutul comportamentalist: Există unele frici care au un caracter ancestral, fiind fixate de generaţii la nivelul sistemului nervos central, cum ar fi frica de întuneric sau frica de şerpi, dar şi acele temeri sunt influenţate de experienţele de viaţă. Marea majoritate a fricilor şi fobiilor au un caracter dobândit prin învăţare.

3. *Pacientul*: Care sunt persoanele cele mai predispuse să dezvolte un comportament fobic?

Terapeutul comportamentalist: Aproape orice om poate dezvolta o fobie. Fobii se întâlnesc şi la psihotici, şi la nevrotici, şi la persoane considerate normale. Trebuie însă precizat că, cu cât un subiect este mai normal, cu atât îi vine mai uşor să lupte împotriva fobiei.

O altă modalitate de luptă împotriva anxietăţii şi fobiilor o reprezintă relaxarea, care îi ajută pe oameni să-şi demonstreze că ţin sub control simptomele lor.

Peveler şi Johnston (1986) au demonstrat şi faptul că relaxarea creşte gradul de accesibilitate a informaţiilor pozitive în memoria pacientului şi facilitează găsirea unor alternative la gândurile anxiogene.

Relaxarea se instalează prin:

– realizarea planificată a unor activităţi care îi fac plăcere subiectului;

– pauze planificate în cadrul unor programe încărcate;
– practicarea unot tehnici standardizate de relaxare.

Indiferent ce tehnică de relaxare se alege, aceasta trebuie practicată până când devine deprindere utilizată nu doar acasă, în fotoliu, ci și în situațiile de viață.

Majoritatea pacienților cu anxietate răspund favorabil la relaxare. Există însă un număr limitat de pacienți care devin anxioși în timpul practicării relaxării (Heide și Borkovec, 1984). Printre aceștia se numără pacienții care se tem de pierderea autocontrolului.

Mai mult, la unii pacienți concentrarea asupra corpului poate evoca producerea unor senzații pe care aceștia le interpretează eronat ca fiind semne de boală. Aceste reacții negative pot fi reduse dacă se explică pacienților că ei pot trăi în timpul relaxării senzații neobișnuite. De multe ori aceste situații pot fi explorate în detaliu în cursul psihoterapiei, terapeutul explicând că relaxarea nu prezintă nici un fel de pericol sau contraindicații.

Nu este însă suficient ca subiectul să aibă abilitatea de a se relaxa. Acesta trebuie să fie capabil să se relaxeze în mod deliberat, mai exact să stăpânească tehnica de relaxare și s-o utilizeze și în situațiile specifice care îl sperie.

Fensterheim și Jean Baer (1977) propun subiecților interesați de învățarea programului de relaxare să răspundă la unele întrebări menite să clarifice anumite aspecte legate de această tehnică terapeutică:

1. Aveți cumva o predispoziție înnăscută de a fi încordat?

Probabil că sistemul dv. nervos este mai iritabil decât al altor persoane. Datorită unor caracteristici moștenite, reacționați la stres mai rapid decât alți oameni.

Dacă v-ați imagina o scală gradată, la un capăt s-ar plasa persoanele stabile emoțional, care nu pot fi ușor iritate, pentru că sunt calme, liniștite, și la celălalt capăt sunt cei foarte emotivi, sensibili, anxioși, neliniștiți. Dacă vă numărați printre aceștia, vi se pare imposibil să învățați să controlați aceste emoții, dar acest lucru nu este adevărat.

Probabil că v-aţi fixat un obiectiv greşit. Obiectivul nu este să scăpaţi de aceste reacţii, ci să exercitaţi un control asupra lor.

2. Aveţi cumva concepţii greşite cu privire la relaxare?

• Poate consideraţi în mod eronat că un nivel ridicat de supraîncordare vă face să lucraţi mai bine şi mai eficient.

• Nu cumva utilizaţi supraîncordarea ca pe o platoşă de apărare? Unii oameni sunt convinşi că dacă se vor relaxa, vor deveni mai vulnerabili şi vor fi mai uşor loviţi de ceilalţi.

• Nu cumva utilizaţi supraîncordarea ca pe o „poliţă de asigurare"? Există persoane care pun în acţiune un fel de gândire magică, spunându-şi mereu în gând: „dacă mă îngrijorez şi sufăr anticipat, lucrul de care mă tem cel mai tare nu se va petrece!".

3. Oare nu cumva sunteţi incapabil să vă reduceţi starea de supraîncordare datorită unor suferinţe de natură fizică?

Astfel, de pildă, mulţi subiecţi nu se pot relaxa pentru că suferă de dureri de coloană vertebrală sau de alte tipuri de dureri cronice. În acest caz, suferinţa fizică sporeşte anxietatea.

4. Nu este oare supraîncordarea dv. o deprindere învăţată? Aţi trecut prin multe situaţii dificile (divorţ, decesul partenerului, probleme la serviciu, probleme financiare etc.). În prezent motivele încordării au dispărut, dar aceasta persistă pentru că subiectul s-a obişnuit să se comporte în acest mod.

5. Poate că nu aveţi cunoştinţe şi deprinderi necesare pentru a fi capabili să vă relaxaţi? În locul deprinderilor de relaxare v-aţi format unele strategii înlocuitoare, cu caracter indirect, cum ar fi: distragerea (priviţi la televizor sau mâncaţi prea mult), orientarea spre sarcină (vă faceţi „de lucru", vă implicaţi în diverse activităţi), căutarea unor condiţii propice relaxării (faceţi o baie fierbinte) sau evitarea („doresc să fiu singur").

Aceste metode pot fi de folos, dar sunt insuficiente mai ales în perioadele de stres major. Pentru a scăpa de neajutorare, subiectul trebuie să devină capabil să exercite un control direct asupra tensiunilor fizice şi psihice.

6. Utilizaţi mai curând modul de gândire de tip aristotelian decât pe cel de tip galilean?

Conform concepției lui Aristotel, un lucru sau există, sau nu există. Aplicând acest mod de gândire la situația noastră, subiectul fie își controlează emoțiile, fie nu. Asemenea subiecți, chiar dacă își controlează în proproție de 99% trăirile afective, consideră că procentul de 1% care a rămas reprezintă o lipsă de autocontrol. Astfel, ei devin descurajați și convinși de faptul că sunt niște persoane neajutorate.

Modul de gândire galilean privește lucrurile sub aspect mai mult cantitativ. Astfel, subiectul își poate spune că își controlează emoțiile în proporție de 10% și se străduiește s-o facă în proporție de 15%. Este evident că acest mod de gândire are, în cazul nostru, un aspect mai constructiv.

7. Vă simțiți neajutorați în fața tensiunilor?

Unii oameni sunt convinși de ideea de a face ceva pentru a înlătura supraîncordarea de care suferă, au capacitatea de a o face, dar datorită unei anumite pasivități nu întreprind nimic. Dacă însă acești subiecți învață să se relaxeze, ei ajung adesea la o abordare activă a propriilor trăiri cu carcater negativ.

8. Aveți cumva ceea ce se numește „fobie de relaxare"?

Există indivizi care au o teamă nejustificată de a se relaxa. Aceștia sunt atât de obișnuiți cu starea de tensiune, încât atunci când trăiesc o stare de relaxare sunt cuprinși de teama că își vor pierde identitatea sau autocontrolul. Încercând să-și răspundă la aceste întrebări, subiectul poate deveni conștient de motivele care-l fac să evite relaxarea.

Antrenamentul pentru formarea deprinderilor de bază ale relaxării

Obiectivul general al unui astfel de program urmărește ca subiectul să învețe să utilizeze în mod deliberat relaxarea în diferite împrejurări.

Înainte de a trece la învățarea programului-propriu-zis, pacientului trebuie să i se explice unele aspecte legate de psihofi-

ziologia stărilor afective. Astfel, i se poate spune ceva de genul următor:

„Atunci când sistemul nervos autonom (vegetativ) declanşează un răspuns dezadaptativ, acest lucru influenţează şi musculatura involuntară care acţionează asupra vaselor de sânge, astfel încât inima bate mai tare, iar tensiunea arterială creşte. Este influenţată, de asemenea şi musculatura voluntară (cea care poate fi controlată), care se contractă. Această încordare musculară care se produce este semnul stării de anxietate.

Există posibilitatea de a vă elibera de această anxietate prin eliminarea supraîncordării musculare. Aceasta se poate realiza prin metoda antrenamentului autogen al lui Schultz, prin metoda relaxării progresive a lui Jacobson sau prin intermediul altor tehnici de relaxare moderne, care, de regulă, derivă din acestea.

Metoda relaxării progresive diferă de alte metode de relaxare cu caracter mai global prin aceea că subiectul învaţă să se relaxeze pornind, în mod deliberat, de la un nivel ridicat de încordare musculară. Tehnica implică învăţarea unor exerciţii alternative de relaxare şi încordare musculară. În felul acesta, subiectul devine mai repede conştient de ceea ce înseamnă încordare şi relaxare, precum şi de modul în care îşi trăieşte tensiunile. Această conştientizare poate servi ca punct de plecare pentru utilizarea deliberată a relaxării în situaţiile de viaţă.

Pe măsură ce subiectul îşi însuşeşte acest tip de relaxare musculară, el devine capabil să-şi calmeze sistemul neurovegetativ (în consecinţă, tensiunea arterială va scădea, bătăile inimii se vor linişti etc.), înlocuind starea subiectivă de anxietate cu starea de linişte interioară.

Prezentăm mai jos un model de exerciţiu de relaxare adaptat după Fensterheim şi Jean Baer (1977). Facem precizarea că autorii recomandă pentru prima parte a relaxării ca exerciţiile de încordare musculară să dureze 7 secunde, iar pauzele dintre respectivele exerciţii să dureze 5 secunde.

În partea a doua a tehnicii de relaxare se acordă câte 15 secunde pentru destinderea fiecărei zone a corpului, iar în ultima

fază se acordă câte 5 secunde pentru relaxarea fiecărei părți a corpului. Întregul exercițiu trebuie să dureze, în medie, între 20 și 25 de minute.

Textul este următorul:

„Întindeți-vă comod pe saltea sau pe pat. Așezați-vă cât mai confortabil, cu brațele pe lângă corp, degetele desfăcute. Închideți ochii. Dacă vă vin în minte gânduri care vă agită, spuneți-vă, în gând, cu calm, STOP! Alungați gândurile negative și concentrați-vă pe ceea ce aveți de făcut.

Prima parte a exercițiului este dedicată încordării unor mușchi. Trebuie să vă concentrați asupra tensiunii musculare, să simțiți încordarea și apoi să vă relaxați. Începeți cu partea de jos a corpului. Întindeți vârfurile picioarelor încordând degetele, încordați gleznele, gambele, coapsele, fesele. Vă concentrați asupra musculaturii încordate, mențineți încordarea și apoi relaxați-vă.

Simțiți cum tensiunea din corp dispare. Acum relaxați degetele de la picioare, labele picioarelor, gleznele, gambele, coapsele, fesele. Totul se relaxează. Pe măsură ce musculatura se relaxează, se instalează o senzație plăcută, de greutate, care cuprinde întreaga musculatură a picioarelor.

Încordați acum musculatura abdominală. Mențineți încordarea. Concentrați-vă asupra tensiunii. Relaxați apoi musculatura abdominală, relaxați-o tot mai mult. Lăsați tensiunea și încordarea să iasă din corp. Relaxați tot mai mult musculatura abdominală în profunzime. Încordați acum musculatura spatelui, care parcă se arcuiește ușor. Mențineți încordarea, concentrați-vă asupra ei și apoi relaxați mușchii spatelui. Relaxați-i cât mai mult, până aveți impresia că spatele dumneavoastră se contopește cu canapeaua sau cu salteaua pe care stați întinși.

Vă concentrați acum asupra mușchilor toracelui. Inspirați profund și țineți-vă respirația. În timp ce mențineți aerul în plămâni, vă concentrați energia musculaturii toracelui. Expirați apoi lent și prelungit și relaxați toracele. Atunci când expirația se încheie, vă simțiți calmi, destinși și liniștiți, ca atunci când vă pregătiți să adormiți. Relaxați tot mai mult mușchii toracelui.

Concentraţi-vă din nou asupra fiecărei zone menţionate: abdomenul este relaxat, spatele este relaxat, contopit cu salteaua, pieptul este relaxat. Respiraţia este calmă, liniştită, odihnitoare.

Acum vă concentraţi asupra musculaturii braţelor şi umerilor. Strângeţi pe rând fiecare pumn, încordaţi antebraţele, braţele, umerii. Menţineţi-vă încordarea, menţineţi-o cât mai mult şi apoi relaxaţi-vă. Braţele se destind, degetele se desfac, simţiţi cum tensiunea iese din corp. Relaxaţi degetele, antebraţele, braţele, umerii. Simţiţi braţele grele, foarte grele, cuprinse de o greutate plăcută. Braţele sunt tot mai relaxate, din ce în ce mai relaxate.

Încordaţi muşchii cefei şi gâtului, arcuind uşor gâtul. Simţiţi tensiunea şi încordarea din zona gâtului şi cefei. Menţineţi încordarea şi apoi relaxaţi gâtul şi ceafa. Încordarea şi tensiunea din zona gâtului şi cefei dispar treptat. Gâtul este atât de relaxat încât capul parcă se cufundă în perna pe care se sprijină.

Acum vă concentraţi asupra muşchilor feţei. Încordaţi muşchii frunţii (încruntaţi-vă), strângeţi pleoapele. Încordaţi musculatura nasului. Menţineţi încordarea, vă concentraţi asupra ei şi apoi relaxaţi musculatura părţii superioare a feţei. Relaxaţi fruntea, sprâncenele, pleoapele, nasul. Ochii se relaxează tot mai mult, pleoapele devin grele, tot mai grele, ca atunci când vă pregătiţi de somn. Vă cuprinde o senzaţie plăcută de somnolenţă, dar încă nu adormiţi. Menţineţi trupul relaxat şi mintea activă şi trează. Încordaţi apoi musculatura obrajilor, maxilarele, limba, strângeţi dinţii. Menţineţi maxilarele încordate. Apăsaţi pe limbă cu dinţii din faţă. Încordaţi cât mai puternic obrajii, maxilarele, limba, bărbia şi apoi relaxaţi-le cât mai mult. Relaxaţi obrajii, maxilarele, limba, bărbia. Dinţii se depărtează uşor. Maxilarele sunt tot mai relaxate. Bărbia şi limba sunt foarte relaxate, tot mai relaxate. Întreaga musculatură a feţei este relaxată, destinsă, liniştită.

Acum, în partea a doua a exerciţiului, căutaţi să verificaţi cât de relaxate sunt părţile corpului dv. Chiar dacă le simţiţi relaxate, căutaţi să le relaxaţi şi mai mult.

Dacă vă vin în minte alte gânduri, le spuneţi **Stop!** şi continuaţi să vă concentraţi asupra a ceea ce faceţi.

Întrebați-vă: mai există oare vreo tensiune în labele picioarelor, în gambe, coapse sau fese? Dacă există, identificați-o și relaxați acea zonă. Lăsați tensiunea să se ducă. Chiar dacă musculatura respectivă este relaxată, relaxați-o și mai mult, tot mai mult.

Vă întrebați în continuare: mai există oare vreo tensiune în zona abdomenului, spatelui sau pieptului? Dacă da, îndepărtați acea tensiune expirând ușor și calm, așa cum faceți când vă pregătiți să dormiți.

Vă întrebați: mai exsită vreo tensiune în degetele mele, în brațe sau în umeri? Dacă da, înlăturați-o lăsând brațele să devină din ce în ce mai grele, tot mai grele, parcă se confundă cu salteaua.

Vă întrebați: mai există vreo încordare în zona cefei și gâtului? Dacă da, înlăturați-o lăsând capul să cadă greu, cufundându-se în pernă.

Vă întrebați: mai există vreo tensiune în zona feței, obrajilor, maxilarelor, frunții? Dacă da, lăsați tensiunea și încordarea să părăsească zona respectivă și relaxați tot mai mult mușchii feței.

Corpul dv. este perfect relaxat și liniștit. Imaginați-vă acum o scenă plăcută, relativ neutră, fără o încărcătură emoțională deosebită. Imaginați-vă, de pildă, că sunteți la mare, pe plajă, că vă plimbați pe o pajiște însorită etc.

Dacă aveți dificultăți să vă imaginați acele lucruri, repetați-vă în gând, de mai multe ori, cuvântul **calm**.

Dacă mintea tinde să vagabondeze, o aduceți înapoi la scena plăcută sau la cuvântul calm. În timp ce mențineți pe ecranul mental imaginea plăcută, relaxați tot mai mult mușchii degetelor și labelor picioarelor, mușchii gleznelor, gambelor, coapselor, feselor.

Vă concentrați pasiv asupra imaginii plăcute sau asupra cuvântului calm și relaxați musculatura abdominală, spatele, toracele. Spatele este atât de relaxat încât se confundă cu salteaua. Respirația este calmă, relaxată. Vă simțiți tot mai calm și mai confortabil.

Imaginându-vă în continuare scena plăcută sau cuvântul calm, relaxați degetele de la mâini, palmele, antebrațele, brațele, umerii, gâtul și ceafa. Vă simțiți tot mai calm și mai liniștiți. Capul se cufundă plăcut în pernă.

Continuaţi să vizualizaţi scena plăcută sau să vă concentraţi asupra cuvântului calm; în timpul acesta relaxaţi fruntea, sprâncenele, pleoapele. Pleoapele devin grele, tot mai grele, ochii se odihnesc tot mai mult.

Relaxaţi nasul, obrajii, maxilarele, musculatura gurii, limba, bărbia.

Musculatura feţei este complet relaxată şi liniştită.

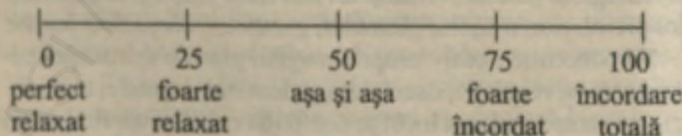
Continuând să vă concentraţi asupra scenei plăcute sau asupra cuvântului calm, mai treceţi o dată în revistă întreaga musculatură a corpului şi dacă mai identificaţi vreo urmă de tensiune, îndepărtaţi-o treptat, relaxând şi mai mult întregul corp.

Lăsaţi-vă purtat de senzaţia plăcută de calm şi relaxare. Întregul corp este calm şi relaxat, calm şi relaxat, calm şi relaxat.

Acum voi număra de la 3 la 1 şi când voi ajunge cu numărătoarea la 1, veţi deschide ochii şi vă veţi ridica odihnit, vioi şi alert. 3…2…1. Reveniţi la starea normală! Vă simţiţi odihnit, vioi şi alert".

Indicaţii pentru aplicarea tehnicii de relaxare

Subiectul este solicitat să înveţe exerciţiul de relaxare şi să-l practice zilnic, în poziţie culcat pe spate, până când ajunge să stăpânească tehnica. I se cere să aprecieze nivelul tensiunii musculare pe o scală de tipul următor:



Când subiectul îşi însuşeşte bine tehnica, scorurile sale vor tinde să se plaseze între 25 şi 0 puncte.

Un element important al acestui tip de antrenament îl reprezintă posibilitatea de a transfera deprinderile de relaxare în

viața de zi cu zi. Pentru a realiza mai eficient acest lucru, cei doi autori recomandă următorul exercițiu de relaxare (Fensterheim și Jean Baer, 1977): „Inspirați profund și țineți-vă respirația timp de aproximativ 7 secunde. (Se poate porni eventual de la 2-3 secunde). Expirați apoi lent și prelungit. Pe măsură ce expirați, vă reamintiți de scena plăcută și relaxați progresiv întregul corp".

Practicați acest exercițiu la fiecare oră (el durează aproximativ 10 secunde).

O dată exercițiul învățat, utilizați-l atunci când depistați cel mai mic semn de tensiune sau când vă cuprinde o stare de teamă.

Prezentare de caz

Mariana, secretara unui patron de firmă, se simțea îngrozitor când șeful o privea peste umăr atunci când lucra la calculator. Ea l-a rugat de mai multe ori să nu mai procedeze așa, dar el i-a răspuns că este patron și face ce vrea. Când se petrecea acest lucru, fetei i se încordau ceafa, gâtul, umerii și stomacul.

După două săptămâni de exerciții de relaxare realizate în cabinetul de psihoterapie și acasă, Mariana a fost capabilă să-și relaxeze musculatura și în timp ce lucra, iar teama ei de patron a dispărut.

Depășirea anxietății anticipatorii

Când merge cu liftul, Ioana închide ochii și așteaptă să se prăbușească de la etajul 9, iar Andreea își imaginează că atunci când privește de la balconul apartamentului său de la etajul 4 va cădea și se va face praf.

Aceste fantasme îi bântuie însă pe unii subiecți și atunci când nu se află în lift, pe balcon sau în avion, ele reprezentând fenomene specifice anxietății anticipatorii.

Persoanele care suferă de anxietate anticipatorie devin hipervigilente, sunt atente la orice amănunt legat de obiectul temerilor lor (de pildă, detectează în ziare toate informațiile referitoare

la avioanele care s-au prăbuşit), identificând anumite amănunte pe care alţi oameni nici nu le observă. Astfel, de pildă, dacă soţul îi spune soţiei că sunt invitaţi la masă de familia Ionescu, soţia, cu teamă de ascensor, îşi pune imediat problema că familia respectivă locuieşte la etajul10.

O altă caracteristică a acestor subiecţi constă în aceea că ei îşi construiesc reacţiile de teamă înainte de a se afla în situaţia propriu-zisă. Teama de a zbura cu avionul se poate declanşa cu câteva luni înainte de călătoria propriu-zisă, încă de când persoana a primit invitaţia de a face o călătorie îndepărtată, subiectul derulând în minte fel de fel de scene groaznice legate de dezastrele care s-ar putea întâmpla. Cu cât se apropie mai mult evenimentul, cu atât teama devine mai puternică.

Subiecţii cu anxietate anticipatorie nu fac altceva decât să repete mental şi să fixeze reacţia de tip fobic.

Astfel, dacă cineva se teme de interviul pentru ocuparea unui loc de muncă, persoana începe să-şi imagineze cu câteva zile înainte că va fi supraîncordată în timpul interviului, că va spune ce nu trebuie sau că se va bloca şi nu va şti ce să spună. Pentru că subiectul repetă în gând secvenţa negativă de comportament, el reuşeşte din ce în ce mai bine să se comporte exact în modul pe care l-a exersat în imaginaţie, adică ineficient, nefăcând altceva decât acel lucru pentru care s-a antrenat.

Gândurile negative cu caracter anticipatoriu tind să capete un fel de independenţă, parcă separându-se chiar de reacţia de teamă. Acest fenomen are drept rezultat faptul că şi dacă reacţia de teamă a dispărut, anxietatea anticipatorie se menţine şi conduce subiectul la evitarea situaţiei anxiogene.

Astfel, de pildă, Laura se teme că va suferi un atac de panică atunci când merge cu metroul. Dacă ajunge în situaţia să meargă cu metroul, ea se simte normal. Cu toate acestea, anxietatea ei anticipatorie este atât de intensă încât ajunge rareori în situaţia de a călători cu acest mijloc de transport.

Dacă subiectul îşi poate controla gândurile şi imaginile, anxietatea lui anticipatorie va descreşte simţitor şi acesta va fi capa-

bil să facă față mai bine situațiilor care îl sperie. Acest lucru se poate realiza prin trei metode (Fensterheim și Jean Baer, 1977):

I – Oprirea gândurilor;
II – Comutarea gândurilor;
III – Repetarea mentală încununată de succes.

I. Oprirea gândurilor

Gândurile specifice anxietății anticipatorii sunt deosebit de persistente, detașate parcă de situația însăși și se caracterizează printr-o creativitate deosebită, desigur, în sens negativ, ele fiind capabile să creeze o adevărată profeție autoîmplinită.

Dacă subiectul își spune mereu: „dacă voi zbura cu avionul voi face o criză de isterie în timpul zborului", acest lucru chiar se poate întâmpla.

Pentru a sparge acest cerc vicios, subiectul trebuie să fie capabil să oprească fluxul gândurilor sale. Iată câteva exerciții de oprire a gândurilor.

Obiectiv: Destructurarea deprinderii de a genera gânduri anticipative producătoare de teamă.

Etapa 1

Așezați-vă confortabil într-un fotoliu și închideți ochii. Evocați în minte unul din gândurile pe care doriți să le controlați. Marea majoritatea a oamenilor au nenumărate gânduri anticipative. Opriți-vă doar la unul din ele. Faceți ca respectivul gând să apară. Aceasta reprezintă deja o formă de autocontrol.

Etapa a 2-a

Îndată ce gândul apare (sub formă de imagine sau formulă verbală), opriți-l administrându-vă autocomanda STOP!

Pronunțați apoi mental cuvântul calm, relaxați în mod deliberat musculatura întregului corp și vă îndreptați atenția spre ceva plăcut.

Comanda mentală trebuie să fie autoadministrată pe un ton ferm. Ea devine eficientă atunci când se produce cu adevărat oprirea gândului negativ asupra căruia se lucrează. Pentru a spori

efectul, comanda respectivă poate fi însoţită de lovirea uşoară a mesei sau a unei zone a corpului.

Subiectul îşi poate reprezenta mental cuvântul STOP scris cu litere roşii sau un poliţist care ridică braţul.

Etapa a 3-a

Realizaţi mai multe şedinţe de autocontrol, în cadrul cărora reprezentaţi mental de 5 ori secvenţa: Gând negativ – Stop – Relaxare musculară – Gânduri pozitive alternative.

Acest procedeu durează între 30 de secunde şi un minut. Numărul de şedinţe necesar va depinde de intensitatea anxietăţii anticipatorii. Unele persoane pot învăţa să-şi controleze gândurile doar într-o singură şedinţă, în timp ce altele au nevoie de săptămâni pentru a atinge acest obiectiv.

Etapa a 4-a

Subiectul trebuie să utilizeze metoda în situaţiile de viaţă ori de câte ori apare anxietatea anticipatorie.

Pentru ca metoda să dea rezultate, trebuie respectate două reguli. Regula „de îndată ce" şi regula „de fiecare dată". Astfel, de îndată ce apare un gând negativ care tinde să declanşeze anxietatea anticipatorie, subiectul trebuie să declanşeze secvenţa: Stop – Calm – Relaxare – Gânduri agreabile. Dacă se oferă gândului negativ şansa să câştige teren, acesta va fi mult mai dificil de controlat.

De fiecare dată, fără excepţie, când se iveşte un gând negativ acesta trebuie oprit.

II. Comutarea gândurilor

Atunci când gândim ne imaginăm, visăm cu ochii deschişi, ne autoadministrăm adesea instrucţiuni care ne determină să reacţionăm într-o manieră fobică şi acest mod de a reacţiona se transformă în deprindere. Pentru a scăpa de o deprindere, trebuie să formăm o „contradeprindere" mai puternică.

În cazul comutării, „contradeprinderea" constă în aceea că subiectul se autoprogramează să nu se mai teamă, declanşând o

serie de gânduri contrare, care trebuie întărite atât de mult încât ajung să sufoce sau să înlocuiască gândurile negative inițiale.

Prezentăm mai jos un exercițiu aparținând psihologului american Lloyd E. Homme (1973).

Obiectiv: Înlocuirea autocomenzilor care produc teamă cu autocomenzi care declanșează comportamentul eficient și adaptativ.

1. Evocați o situație anxiogenă, împreună cu anxietatea anticipatorie care o însoțește.

Elaborați o listă de instrucțiuni pe care vi le autoadministrați (atât pe cele mărunte, referitoare la detalii, cât și pe cele mari, care vă copleșesc).

Iată, de pildă, autocomenzile pe care și le administrează un subiect care se teme să meargă cu ascensorul.

• De îndată ce intru într-un bloc voi începe să mă gândesc la lucrurile îngrozitoare care mi se pot întâmpla în lift.

• Când intru în clădire, mă voi uita dacă sunt alți oameni care să urce împreună cu mine.

• Voi începe să mă gândesc ce va fi dacă liftul se va opri între etaje și nu voi putea ieși.

• Când mă aflu în lift, voi sta într-un colț, voi încorda mușchii și voi începe să mă gândesc la toate lucrurile rele care se pot întâmpla.

• Voi fi atent la orice sunet sau vibrație și mă voi gândi că acestea sunt semne că ceva nu este în regulă.

2. Pentru fiecare din aceste comenzi elaborați o listă alternativă de instrucțiuni care să vă ajute să faceți față situației, după modelul:

• De îndată ce intru în clădire, dacă încep să mă gândesc la lucrurile îngrozitoare care se pot întâmpla, îmi voi spune că există o probabilitate foarte mică să se întâmple ceva rău.

• Dacă mă surprind uitându-mă să văd dacă nu vin alți oameni să se urce cu mine în lift, îmi voi spune în gând că nu are nici o importanță dacă mai sunt și alți oameni în lift sau nu.

• Voi căuta să-mi spun că există puține șanse să se întâmple vreo catastrofă.

• Când mă voi afla în lift, voi relaxa în mod deliberat musculatura şi mă voi gândi la ceva plăcut.

• Dacă aud un sunet neobişnuit, îmi voi spune că dacă ceva s-a defectat, este probabil ceva lipsit de importanţă.

3. Notaţi noile comenzi elaborate pe o cartelă pe care fie că o purtaţi asupra dv., fie o plasaţi într-un loc vizibil: lângă telefon, pe noptieră etc.

4. Alegeţi o serie de acţiuni familiare, pe care le faceţi în fiecare zi: băutul cafelei, schimbarea canalelor la televizor, pieptănatul, spălatul pe mâini, utilizarea telefonului etc. Înaintea fiecăreia dintre aceste acţiuni uzuale recitiţi instrucţiunile, repetaţi-le în gând şi apoi realizaţi acţiunea respectivă.

Se poate proceda şi altfel: pronunţaţi noile instrucţiuni înainte de a face ceva care vă place (de pildă, înainte să mâncaţi o prăjitură sau să beţi ceva).

5. Atunci când vă aflaţi într-o situaţie de viaţă care vă produce teamă, repetaţi-vă în gând instrucţiunile elaborate şi căutaţi să le urmaţi. În câteva săptămâni, gândurile negative vor dispărea şi anxietatea anticipatorie va scădea.

6. După ce aţi utilizat autocomenzile cu caracter reglator un anumit timp, puteţi elabora şi alte formule mai bune. Cu toate acestea, instrucţiunile nu trebuie schimbate prea des până nu aveţi suficientă practică în demersul tehnicii respective.

III. Repetarea (modelarea) mentală încununată de succes

Anxietatea anticipatorie îl face pe pacient să-şi imagineze că va fi copleşit de teamă în situaţiile critice. Astfel de subiecţi nu fac altceva decât să repete în gând cum se vor speria.

Exerciţiul propus de Alan Kazdin (1973) contribuie, prin intermediul antrenamentului mental, la stăpânirea fricii. Metoda constă în aceea că subiectul îşi imaginează în plan mental că face faţă cu bine situaţiei anxiogene.

Obiectiv: Modificarea anticipării sentimentului de neajutorare, înlocuind „antrenamentele" prin care subiectul învaţă să se teamă cu antrenamente prin intermediul cărora acesta se descurcă în situaţiile respective.

1. Pacientului i se cere să elaboreze 12-14 scene în cadrul cărora un subiect model se află în situații anxiogene. Fiecare scenă trebuie să aibă un caracter realist, să fie relativ simplă și ușor de imaginat. Modelul trebuie să fie un subiect de aceeași vârstă și sex cu persoana în cauză. În cadrul fiecărei scene subiectul model trebuie reprezentat în așa fel încât să facă față anxietății, scena având un final pozitiv. Este mai indicat ca pacientul să descrie în scris scenele înainte de a practica antrenamentul mental. Iată un exemplu de astfel de scenă:

„Modelul se îndreaptă spre fereastra de la etajul 5 al unui magazin universal și își spune în gând: „mă voi simți puțin amețită și încordată, dar voi izbuti să mă relaxez imediat."

Pacientul trebuie să-și imagineze modelul la început încordat, apoi, după o expirație prelungită, acesta se relaxează.

Este necesar să se obțină reprezentarea detaliată a persoanei model care devine foarte relaxată. Apoi subiectul în cauză își imaginează persoana model mulțumită de sine spunându-și: „am reușit foarte bine."

În realizarea acestui tip de exerciții pacientul trebuie să aleagă astfel de scene care se potrivesc cu fricile sale specifice.

Una din regulile de bază ale acestui tip de exercițiu constă în aceea că primele 10 scene (din cele 12 sau 14) trebuie să reprezinte modelul etalon făcând față situației și nu stăpânind-o perfect, deoarece acesta este un obiectiv mai ușor de atins de pacient. Ultimele scene pot să se refere la un model care face față situației complexe lipsit de anxietate (de pildă, se apleacă peste balustrada balconului de la etajul 9 fără nici un fel de problemă.)

O altă caracteristică a antrenamentului mental constă în aceea că pacientul vizualizează modelul autoadministrându-și instrucțiuni cu caracter obligatoriu și că aceste instrucțiuni sunt încununate de succes.

2. Într-o etapă ulterioară, subiectul, aflat în stare de relaxare, trebuie să-și imagineze scena respectivă exact așa cum a conceput-o în scris și să mențină fiecare imagine pe ecranul mental aproximativ 15 secunde. Imaginea respectivă trebuie percepută

cu maximum de claritate de care este capabil subiectul şi abia apoi se poate trece la imaginea următoare.

Întregul exerciţiu durează 5-10 minute. Fiecare scenă trebuie repetată mental o dată pe zi, timp de o săptămână. Apoi scenele pot fi modificate în funcţie de ceea ce crede subiectul că i-ar folosi mai mult, noile scene îmbunătăţite fiind repetate, de asemenea, o dată pe zi, timp de alte două săptămâni.

3. Pacientului fobic i se cere să se plaseze în situaţia anxiogenă (de pildă, să călătorească cu metroul) şi să acţioneze în mod deliberat în acelaşi mod în care a procedat modelul său imaginar. El trebuie să-şi autoadministreze aceleaşi instrucţiuni pe care şi le-a administrat şi modelul în timpul antrenamentului mental.

4. Pacientul trebuie să continue practica atât în plan imaginar, cât şi în plan real.

De regulă, cu cât se îmbunătăţeşte autocontrolul, cu atât se reduce anxietatea anticipatorie.

Prezentare de caz.

Gabriel, un avocat de 35 de ani, a trecut de la munca de jurist consult la o întreprindere la o firmă unde trebuia să pledeze frecvent în instanţă. Gabriel era nervos, iritat şi se gândea tot timpul că se va bâlbâi şi va face o impresie proastă în instanţă. El se imagina permanent pe sine privind la judecător şi la completul de judecată şi fiind atât de emoţionat încât nu ştia ce să spună şi ce să facă cu mâinile. El îşi imagina frecvent şi scena în care interoga un martor şi nu găsea un anumit document, ceea ce îl făcea să pară ridicol. În mod obiectiv, Gabriel nu avea nici un motiv să-şi imagineze că „dezastrele" respective se vor produce cu adevărat, pentru că el mai participase la procese şi pentru întreprinderea la care lucrase înainte şi, în afară de o anxietate uşoară, totul mersese cât se poate de bine.

Încă de la începutul terapiei Gabriel a fost solicitat să asiste la unele procese şi să acorde atenţie specială acelor avocaţi al căror stil semăna cu al său şi pe care îi admira. Astfel, el şi-a ales un anumit avocat drept model şi a repetat mental scene de tipul următor:

• Modelul se ridică și se adresează judecătorului. El își imagina că modelul este încordat și își spune cu voce tare: „Mă simt foarte încordat, dar mă voi relaxa." În continuare, Gabriel își imaginează că subiectul model devine foarte destins și se adresează judecătorului exact în modul în care ar dori el să o facă.

• Gabriel își imaginează modelul adresându-se completului de judecată; acesta se bâlbâie și pare blocat. Apoi el își imaginează că subiectul model își spune cu voce tare: „Simt că mă blochez! Mă voi relaxa imediat!". În continuare este vizualizat modelul care se relaxează și vorbește fluent și nuanțat, știind foarte precis ce are de spus.

Printre ultimele scene imaginate de pacient se află și aceea în care modelul său nu mai are nici o problemă, vorbind total degajat, fără nici un fel de teamă.

Dacă pacientului nu-i este clar cu care exercițiu să înceapă antrenamentul de autocontrol al anxietății (oprirea gândurilor, comutarea gândurilor sau antrenamentul mental) și nu este în legătură cu un psihoterapeut calificat, indicația este să utilizeze toate trei metodele, începând cu cea care i se pare mai accesibilă.

Reducerea reacției de teamă prin tehnici comportamentale

În situația anxiogenă, reacția de teamă îmbracă două aspecte:

(1) reacția ca atare;

(2) comportamentul subiectului care nu face altceva decât să amplifice reacția de teamă și devine din ce în ce mai special.

Modalitatea cea mai uzuală de a amplifica reacția anxioasă o reprezintă hiperventilația.

Când o persoană devine anxioasă, respirația ei se accelerează, asimilându-se în organism o cantitate mai mare de oxigen, fapt ce conduce la unele modificări fiziologice cum ar fi, de pildă, amețelile, accelerarea bătăilor inimii sau slăbiciuni în picioare, modificări care sperie și mai mult subiectul.

Multe persoane care prezintă simptome de acest tip sunt convinse că vor face un atac de cord și aleargă la prima unitate sanitară.

Terapeuții comportamentaliști propun subiecților anxioși să practice hiperventilația deliberată pentru a se convinge singuri că aceasta amplifică anxietatea, precum și faptul că simptomele sunt total lipsite de pericol.

Metoda cea mai simplă constă în realizarea unor inspirații și expirații rapide, cu nasul și gura introduse într-o pungă, preferabil de hârtie.

Un efect asemănător se poate obține și prin intermediul unor inspirații și expirații rapide, realizate pe nas, gura fiind acoperită.

O dată ce subiectul s-a convins de rolul hiperventilației în amplificarea reacțiilor anxioase, el poate fi învățat să reducă anxietatea realizând expirații lente și prelungite, pe ritmul 1/2 (1 – inspirație, 2 – expirație.) Este indicată utilizarea respirației abdominale, prin coborârea diafragmei.

Desensibilizarea sistematică (Wolpe, 1973)*

Psihoterapia comportamentală pornește de la premisa că subiecții care suferă de fobii au învățat să reacționeze automat prin intermediul reacției de frică la anumiți stimuli, care pentru ceilalți oameni nu sunt anxiogeni (de pildă, a călători cu avionul, a merge cu liftul sau a privi pe fereastră de la un etaj superior). Pentru a se debarasa de fobiile lor, subiecții trebuie să se antreneze de mai multe ori prin intermediul expunerii gradate la situațiile care îi sperie.

Tehnica terapeutică propriu-zisă implică următoarele aspecte:

---

* Wolpe, Joseph, *The Practice of Behavioral Therapy* (sec. ed.), New York, Pergamon Press, 1973.

1. Stăpânirea unei tehnici de relaxare.

2. Elaborarea unei ierarhii gradate de situații anxiogene, începând cu situații mai puțin anxiogene și terminând cu unele deosebit de anxioase, la care subiectul se expune fie în realitate (in vivo), fie în plan imaginativ.

3. Indiferent dacă are loc în realitate sau în plan imaginativ, după fiecare expunere subiectul trebuie să fie capabil să se relaxeze. Nu se trece la abordarea situației următoare până când subiectul nu stăpânește situația anterioară, în sensul că aceasta nu-i mai produce anxietate.

Pentru a practica desensibilizarea sistematică, persoana care suferă de reacții fobice trebuie să procedeze astfel:

a) Alegeți domeniul asupra căruia doriți să lucrați, mai precis de ce temeri doriți să vă eliberați și începeți cu situația cea mai puțin anxiogenă. De pildă, dacă vă temeți că veți rămâne închiși în metrou sau lift, ar fi indicat să începeți cu ultima situație (urcatul cu liftul).

b) Decideți-vă dacă doriți să realizați desensibilizarea în plan real (in vivo) sau în plan imaginativ. Există și posibilitatea de a combina cele două metode, lucrându-se la început în plan imaginativ și apoi realizându-se aplicarea la situația de viață.

c) Construiți o listă ierarhică a situațiilor anxiogene. În construirea ierarhiilor este bine să cunoaștem cât mai precis intensitatea anxietății pe care o produce o anumită situație. Pentru a realiza aceasta, terapeuții comportamentaliști propun utilizarea unei scale de la 0 la 100, unde 0 înseamnă că situația nu produce nici un fel de anxietate, iar 100 înseamnă anxietate maximă (aproape reacție de teroare).

Lista trebuie să cuprindă între 12 și 30 de situații anxiogene. Acestea trebuie să fie situații în care subiectul s-a aflat, poate să se afle sau se teme că s-ar putea afla.

Așa cum am mai subliniat, situațiile trebuie ierarhizate: de la cea mai puțin axiogenă până la cea mai axiogenă.

Iată, pentru exemplificare, un model de ierarhie realizat în cazul unui subiect cu teamă de înălțime:

Situaţia anxiogenă	Nivelul anxietăţii
1. Să priveşti pe fereastră de la etajul 1.	10
2. Să priveşti pe fereastră de la etajul 3.	15
3. Să priveşti pe fereastră de la etajul 6.	20
4. Să stai pe un balcon deschis la etajul 6.	30
5. Să priveşti pe fereastră de la etajul 9.	40
6. Să priveşti în jos aplecându-te peste balustrada unui balcon deschis la etajul 10.	55
7. Să priveşti de pe marginea ferestrei care se află la etajul 10 al unui bloc.	70

Ierarhia stimulilor anxiogeni pentru un subiect cu fobie de a merge cu liftul

Marina, studentă la Facultatea de drept, are probleme cu ascensorul, preferând să urce 10 etaje pe jos decât să-l utilizeze. Ea se teme că liftul se va opri între etaje şi că va intra în panică, neştiind ce să facă. Dacă se află împreună cu o persoană în care are încredere (prietenul ei sau un individ investit cu autoritate, cum ar fi un poliţist), îi este mai puţin frică. Teama ei este mai accentuată atunci când trebuie să utilizeze lifturi vechi, care scârţâie şi merg încet.

1. Mers cu un lift nu prea vechi, cu liftier.	5
2. Mers cu un lift nu prea vechi împreună cu un poliţist.	10
3. Mers cu un lift vechi în care se află întâmplător un poliţist. Liftul se opreşte între etaje şi poliţistul îi spune calm: „Stai liniştită că o să ne scoată de aici!”	20
4. Mers cu un lift vechi împreună cu prietenul ei, care pare îngrijorat.	25
5. Singură într-un lift vechi, care scârţâie şi se mişcă foarte încet.	30
6. Într-un lift foarte vechi, care scârţâie, se mişcă încet şi este împreună cu un om care pare foarte speriat.	35

7. Într-un lift vechi a cărui ușă se deschide foarte greu. 45
8. Liftul se oprește între etaje și pornește din nou. 55
9. Singură în liftul oprit între etaje. Soneria de alarmă sună și aude cum lucrătorii caută să deblocheze liftul. 65
10. Singură în liftul oprit între etaje și nici un semn că cineva ar întreprinde ceva. Nu știe ce să facă. 75

Desensibilizarea „in vivo" (în realitate)

Dacă subiectul se decide să lucreze asupra fricilor sale expunându-se chiar în situațiile reale care îl sperie, el va trăi un sentiment real de teamă, iar dacă va reuși să depășească acest sentiment, va crește încrederea lui în sine.

Tehnica utilizată este următoarea: subiectul stabilește ierarhia de situații anxiogene și începe cu situația cea mai puțin anxiogenă. Când se află deja în situația respectivă el trebuie să practice un exercițiu de relaxare. Abia după ce își recucerește starea de calm, subiectul poate să iasă din situație. Exercițiul trebuie repetat de mai multe ori (de exemplu, subiectul trebuie să urce de câteva ori cu liftul până la etajul 10).

Se poate exersa comasat (mai multe repetări una după alta) sau eșalonat, pe parcursul unei zile. Este indicat să se lucreze zilnic sau, eventual, o zi da și una nu.

Exercițiul se repetă până când subiectul se simte liniștit, eliberat de orice anxietate atunci când îndeplinește acțiunea respectivă, după care se poate aborda următorul item din cadrul ierarhiei respective. În cazul în care a trecut un timp îndelungat în care subiectul nu a mai exersat sau dacă au apărut factori exteriori care îl fac să se simtă mai rău, este indicată reluarea unor exerciții din ierarhia de situații anxiogene.

Elena, o femeie de 37 de ani, mamă a doi copii, locuiește în cartierul Militari și lucrează ca asistentă medicală la Spitalul „Dr. Obregia", unde nu poate ajunge decât cu metroul, de care îi este foarte teamă.

Exercițiile de desensibilizare au constat în următoarele:

- să coboare până în stația de metrou, să se relaxeze și să rămână acolo timp de 10 minute;
- să meargă cu metroul o stație împreună cu fiica ei mai mare;
- să meargă cu metroul trei stații, fiica ei mai mare călătorind în vagonul alăturat;
- să meargă singură cu metroul o stație și să se întoarcă pe jos acasă;
- să meargă singură cu metroul o stație dus și una întors;
- să meargă singură cu metroul 4 stații dus și întors;
- să meargă singură cu metroul până la stația „Piața Unirii" și să se întoarcă cu autobuzul 336 de la stația „Piața Universității";
- să meargă până la spital, schimbând două metrouri.

Psihoterapia a durat 3 luni.

Desensibilizarea în plan imaginativ

Studiile clinice au arătat că desensibilizarea dă rezultate pozitive și atunci când se realizează în plan mental. Subiectului i se cere să-și imagineze că se află în situația anxiogenă și că depășește respectiva situație relaxându-se cât mai mult.

Pentru ca această tehnică să dea rezultate, pacientul trebuie să stăpânească foarte bine tehnica de relaxare, să fie capabil să-și imagineze anumite situații anxiogene, să se transpună în ele, să trăiască starea afectivă respectivă și să fie capabil să recunoască modificările produse în trăirea anxietății atât în plan psihic, cât și în plan somatic. Persoanele care nu au imaginație nu pot realiza desensibilizarea în plan mental. Aceste exerciții se realizează în cabinetul de psihoterapie. Într-o primă etapă, subiectul învață o tehnică de relaxare (antrenamentul autogen al lui Schultz, relaxarea progresivă a lui Jacobson sau orice altă tehnică derivată din acestea).

După ce pacientul stăpânește tehnica de relaxare, se trece la desensibilizarea sistematică. Subiectului aflat în stare de relaxare i se citește primul item (prima situație) din cadrul ierarhiei anterior elaborate și i se cere să-și imagineze respectiva situație. Dacă acesta a reușit să realizeze reprezentarea clară, i se cere să semnalizeze prin ridicarea degetelui. Apoi subiectul este solicitat să mențină reprezentarea respectivă timp de câteva secunde și să semnalizeze dacă a apărut starea de teamă, după care se sugerează reprezentarea unei scene agreabile, concentrarea pe cuvântul **calm** și se dau comenzi pentru aprofundarea stării de relaxare. Dacă subiectul s-a relaxat foarte bine, se repetă scena producătoare de anxietate.

Abia atunci când subiectul își poate reprezenta mental situația care îl sperie de două ori la rând, fără să mai trăiască starea de anxietate, se poate trece la următorul item din cadrul ierarhiei.

Prezentăm mai jos un model de desensibilizare sistematică în plan imaginativ, model care poate fi aplicat și de către subiect doar după 2-3 ședințe în care a lucrat cu un psihoterapeut calificat:

„Luați o poziție comodă, culcat pe spate sau în fotoliu, cu capul sprijinit și brațele sprijinite pe brațele fotoliului. Camera trebuie să fie liniștită, cu lumină nu prea puternică și temperatură potrivită.

Trebuie să aveți asupra dv. lista pe care ați notat situațiile anxiogene, în ordine crescătoare.

Închideți ochii și relaxați-vă cât mai bine.

Imaginați-vă prima situație, cea care vă sperie cel mai puțin. La cel mai mic semn de supraîncordare, alungați scena din minte și relaxați-vă. Continuați relaxarea până când vă simțiți cât se poate de destins.

Repetați apoi din nou scena în care este evocată situația care vă sperie. La un moment dat veți putea vizualiza situația respectivă timp de 5-10 secunde, fără ca acest lucru să vă mai tulbure. Când ați ajuns la acest punct, întrerupeți concentrarea și relaxați-vă. Dacă ați obținut această stare (absența reacției de teamă la evocarea situației axiogene) cel puțin de două ori la rând, puteți

considera că stăpâniţi situaţia respectivă şi puteţi trece la următoarea situaţie din cadrul ierarhiei gradate pe care singur aţi elaborat-o.

Iată câteva indicaţii pentru ca psihoterapia să fie încununată de succes.

a) O şedinţă de desensibilizare sistematică trebuie să dureze aproximativ o jumătate de oră, incluzând şi relaxare; dacă rămâne un timp mai îndelungat în această situaţie, subiectul riscă să adoarmă.

b) Este indicat să se lucreze de 2-3 ori pe săptămână.

c) Înainte de fiecare nouă şedinţă de terapie este indicat ca subiectul să-şi imagineze, pentru câteva secunde, situaţia anterioară, pe care o stăpâneşte deja.

d) Situaţia anxiogenă trebuie reprezentată exact aşa cum a fost ea descrisă iniţial de subiect în momentul stabilirii listei ierarhiilor; nu trebuie modificat nimic în timpul exerciţiului de relaxare, indiferent cât de interesantă este ideea care îi vine subiectului. Dacă totuşi ar trebui să modifice ceva, este indicat să oprească exerciţiul de relaxare şi să regândească ierarhia de situaţii anxiogene.

Dacă după un număr mai mare de repetări (10-20) anxietatea şi tensiunea psihică evocată de o anumită situaţie nu scad, subiectul trebuie să ia în considerare următoarele aspecte:

• Oare este el suficient de relaxat între secvenţele de imaginare dirijată? Dacă nu, sunt necesare exerciţii suplimentare de relaxare.

• Oare a fost eliminată întreaga tensiune psihică ce însoţea evocarea situaţiei anterioare? Dacă nu, se recomandă subiectului să se întoarcă înapoi şi să mai exerseze de câteva ori scena anterioară, înainte de a trece la situaţia care provoacă o teamă mai mare.

• Oare nu există o distanţă prea mare între cele două situaţii anxiogene din ierarhia făcută? În acest caz, este necesară revizuirea ierarhiei gradate şi introducerea unor situaţii anxiogene intermediare.

Dacă rezolvarea problemelor de mai sus nu rezolvă scăderea anxietăţii, probabil că subiectul a formulat greşit situaţia respectivă şi în acest caz ar fi indicată o discuţie cu un psihoterapeut calificat.

Capitolul 5

Aspectele cognitive ale psihoterapiei cognitiv-comportamentale a tulburărilor anxioase

Terapia cognitivă a tulburărilor anxioase este limitată în timp, focalizată pe problemă şi bazată pe modelul cognitiv al anxietăţii. Tratamentul implică o colaborare între terapeut şi client, ambii fiind angajaţi în procesul rezolvării de probleme.

Pe parcursul terapiei se realizează evaluări permanente, precum şi o serie de experimente în plan comportamental pentru a se verifica în ce măsură simptomele s-au ameliorat sau au dispărut şi pentru a adresa provocări gândurilor negative disfuncţionale.

Un rol important îl au şi temele pentru acasă, teme în cadrul cărora clientului i se cere să îndeplinească anumite sarcini între şedinţele de lucru cu terapeutul.

Metodele sau strategiile utilizate sunt atât cognitive, cât şi comportamentale. Cele cognitive se referă la identificarea gândurilor şi convingerilor negative automate prin intermediul rememorării unor situaţii, a analizei comutărilor în sfera emoţională, a jocului de rol, a tehnicii imaginaţiei dirijate, a sarcinilor de expunere la situaţii anxiogene, a jurnalelor şi chestionarelor.

Se utilizează şi metoda descoperirii dirijate pentru a determina semnificaţia şi natura gândurilor automate disfuncţionale care stau în spatele acestora.

Se procedează apoi la verificarea veridicităţii gândurilor negative, a convingerilor şi supoziţiilor disfuncţionale prin tehnici de contraargumentare şi verificarea dovezilor, procesul încheindu-se cu înlocuirea acestora cu gânduri mai realiste.

Tehnicile comportamentale sunt îndreptate mai ales în direcţia reducerii simptomelor, printre acestea numărându-se relaxarea, hipnoza, tehnicile de expunere la stimuli anxiogeni, tehnici de distragere etc.

De asemenea, aceste tehnici se utilizează şi pentru testarea gradului de veridicitate a gândurilor şi convingerilor negative şi în acest context ele îmbracă forma unor mici experimente în sfera comportamentului.

Trebuie subliniat însă faptul că metodele comportamentale nu vor da rezultatul scontat dacă nu se va reuşi restructurarea stilului de gândire care generează tulburările anxioase.

Durata totală a terapiei este între 10 şi 15 şedinţe, care se desfăşoară săptămânal, şi au o durată cuprinsă între 45 şi 60 de minute fiecare.

În cazul unor situaţii mai complexe, cum ar fi, de pildă, probleme multiple: anxietate combinată cu tulburări de personalitate sau cu depresie majoră, este necesar un număr mai mare de şedinţă, precum şi tratament psihiatric adecvat.

După remiterea simptomelor se încheie terapia prin intermediul şedinţelor săptămânale, pacienţii fiind invitaţi să se prezinte la control de 2-3 ori la interval de 5-6 luni.

Structura unei şedinţe de psihoterapie implică (Wells, 1999):

1. Revederea datelor obţinute prin intermediul metodelor de autoevaluare şi verificarea reacţiei pacientului faţă de şedinţa anterioară de psihoterapie.

2. Stabilirea planului sau a agendei de lucru.

2.1 Verificarea îndeplinirii temelor pentru acasă:

- reacţii la lectura bibliografiei pe teme de psihoterapie cognitivă;
- feedback-uri legate de monitorizarea gândurilor;
- rezultatele miniexperimentelor din sfera comportamentală;
- probleme care au apărut la îndeplinirea temelor pentru acasă.

2.2 Identificarea gândurilor negative automate și a supozițiilor disfuncționale și testarea gradului lor de veridicitate:
   - reamintirea unui episod recent când subiectul s-a simțit anxios;
   - întrebări cu caracter provocator adresate gândurilor negative și aducerea de contraargumente împotriva acestora;
   - experimente în sfera comportamentală;
   - identificarea distorsiunilor cognitive.

2.3 Discutarea unor probleme legate de gândurile negative, simptomele și comportamentele de evitare:
   - efectele comportamentale de evitare asupra simptomelor;
   - rolul comportamentelor de evitare care împiedică procesul de infirmare a gândurilor negative;
   - influența evaluării pericolului asupra comportamentului;
   - efectele gândurilor negative asupra stărilor emoționale.

2.4 Trasarea unor noi sarcini pentru acasă:
   - notarea unor noi sarcini pentru acasă;
   - expunere cu renunțarea la comportamentele de asigurare.

3. Solicitarea unor feedback-uri legate de modul de îndeplinire a temelor pentru acasă.
4. Implementarea în practică a unor strategii specifice terapiei cognitiv-comportamentale.
5. Trasarea efectivă a noilor teme pentru acasă.
6. Rezumatul ședinței de psihoterapiei și obținerea unor feedback-uri de la pacient.

Stabilirea listei de probleme şi a obiectivelor psihoterapiei

În cazul în care lista de probleme a rezultat în urma aplicării tehnicilor de evaluare, aceasta trebuie revăzută împreună cu pacientul. Dacă aceasta nu a putut fi realizată, atunci elaborarea listei de probleme se va face în cursul şedinţei efective de psihoterapie.

Lista este utilă mai ales atunci când pacientul prezintă mai multe probleme. Aşa cum am mai subliniat, după stabilirea listei de probleme urmează stabilirea priorităţilor, avându-se în vedere următoarele criterii:

- opinia pacientului în legătură cu problema cea mai invalidantă, care îl deranjează cel mai tare;
- opinia terapeutului cu privire la priorităţi, opinie bazată pe ipoteza acestuia cu privire la interrelaţiile dintre problemele-simptom.

După stabilirea priorităţilor, problemele trebuie transformate în obiective terapeutice.

Wells (1999) arată că problemele răspund la întrebarea „ce anume nu este în regulă?", în timp ce obiectivele trebuie să aibă un caracter operaţional şi să se refere în mod concret la ce anume ar dori clientul să se întâmple.

Obiectivele vagi, cum ar fi: „Aş dori să mă simt mai bine"; „Aş dori să am relaţii mai bune cu ceilalţi" etc. trebuie operaţionalizate şi acest lucru se realizează adresând pacientului întrebări de tipul următor: „Ce înţelegi prin a te simţi mai bine?". Urmează apoi concretizarea obiectivelor, care trebuie să implice transformarea lor în elemente observabile şi măsurabile.

Întrebările adresate subiectului pot îmbrăca forma următoare: „Ce vei putea face atunci când vei avea relaţii mai bune cu ceilalţi şi nu poţi face acum?"

Rezultatele mai slabe în urma terapiei cognitiv-comportamentale se pot datora următoarelor cauze:

- definirea insuficient de riguroasă a obiectivelor terapiei;
- dezacordul dintre terapeut şi client referitoare la expectaţiile acestuia din urmă faţă de terapie;

– insuficienta focalizare a demersului terapeutic;
– beneficiile secundare și evitarea cognitivă și afectivă.

Metodele terapiei cognitiv-comportamentale

Metoda dialogului socratic

Această metodă se referă la utilizarea unor întrebări atent dirijate de către terapeut și au drept scop descoperirea semnificațiilor pe care le conferă pacientul unor trăiri sau simptome, precum și adresarea de provocări gândurilor negative și convingerilor disfuncționale pentru infirmarea veridicității lor, fapt ce conduce la modificarea stilului de gândire și apoi a stărilor afective și a comportamentului. Pentru ca aceste întrebări să-și atingă scopul, ele trebuie să fie cât mai firești, să se refere la lucruri precise, iar pacientul nu trebuie să aibă impresia că se află la un interogatoriu. Unele dintre întrebări au un caracter mai general, altele sunt mai specifice, având menirea de a furniza terapeutului detalii suplimentare.

Prezentăm, în cele ce urmează, câteva exemple de *întrebări mai generale* (Wells, 1999):

„Când te-ai simțit ultima dată speriat?"

„Ce simptome au apărut?"

„Ce gânduri ți-au trecut prin minte?"

„Ce imagini ți-au apărut?"

„Care este cel mai rău lucru care s-ar putea întâmpla?"

Întrebări cu caracter specific:

„Dacă nu ai fi făcut aceasta (comportamentul de asigurare), care ar fi fost cel mai rău lucru care s-ar fi putut întâmpla?"

„Ce ar însemna pentru tine dacă dezastrul se va produce?"

„Cum va fi atunci când îți vei pierde controlul?"

În cursul dialogului terapeutul trebuie să parafrazeze din când în când cele afirmate de subiect, pentru a menține continuitatea acestuia și pentru a se asigura că a înțeles bine despre ce este vorba.

Prezentăm un fragment din cadrul dialogului terapeutic realizat cu Elena, o tânără de 26 de ani, absolventă a unei facultăți de drept și care suferă de fobie socială.

Terapeutul: Îți amintești cea mai recentă situație când ai simțit anxietate într-o situație socială?

Elena: Da, ieri când a trebuit să merg în oraș să-mi cumpăr o rochie.

T: Cum te-ai simțit?

E: Încordată, nervoasă și speriată că va trebui să merg singură.

T: Faptul că trebuia să mergi singură pare să fie problema, nu-i așa? Ce este rău în asta?

E: Nu este în regulă să mergi singură.

T: Ce înțelegi prin asta?

E: Majoritatea oamenilor care merg la târguieli sunt însoțiți de cineva.

T: Care ar fi cel mai rău lucru care s-ar putea întâmpla dacă vei merge singură?

E: Ceilalți vor observa și vor crede că este ceva în neregulă cu mine.

T: Și dacă ceilalți vor observa, ce va fi?

E: Mă voi simți jenată și intimidată.

T: Și ce va fi atât de rău în asta?

E: Nu înțeleg ce vreți să spuneți, dar mă voi simți rău.

T: Ce s-a întâmplat până la urmă atunci când ai fost la cumpărături?

E: De fapt nici nu am făcut-o până la urmă.

T: Cum așa?

E: M-am învârtit prin magazine, dar nu am încercat nici o rochie.

T: Ce s-ar fi întâmplat dacă ai fi încercat vreuna?

E: De fapt nu s-ar fi întâmplat nimic.

T: Nu pari prea convinsă de acest lucru. Care ar fi fost cel mai rău lucru care s-ar fi putut întâmpla?

E: Aș fi făcut un atac de panică și m-aș fi făcut de râs.

Metode de evidențiere a gândurilor negative automate

În cazul tulburărilor anxioase se înregistrează două tipuri de gânduri automate: primare, direct legate de pericol, referitoare la fuga din situație, la evitare și la neutralizarea situației. Un astfel de gând secundar ar putea fi, de pildă, „trebuie cu orice preț să ies de aici".

Wells (1999) prezintă zece modalități de evidențiere a gândurilor automate. Iată câteva exemple:

• *Scenariul celor mai „rele" consecințe posibile*

Terapeutul va adresa clientului întrebări de tipul următor: „Care ar fi cel mai rău lucru care s-ar putea întâmpla dacă ..."

Prezentăm un exemplu de dialog realizat cu pacienta care suferă de fobie socială.

Elena: Mă simt foarte stingherită atunci când mă aflu într-un grup.
Terapeutul: Ce gânduri îți vin în minte atunci când te simți astfel?
E: Nu mi-e clar dacă este vorba de gânduri, este doar o stare.
T: De ce ești conștientă atunci când te simți stingherită? Este vorba de o trăire?
E: Mi se golește mintea și nu știu ce să spun.
T: Care este cel mai rău lucru care s-ar putea întâmpla dacă nu ai nimic de spus și mintea ta pare goală?
E: Ceilalți vor crede că este ceva în neregulă cu mine.
T: Care este cel mai rău lucru pe care l-ar putea gândi ei?
E: Vor crede că sunt proastă și plicticoasă (gând negativ automat primar).
T: Atunci când te afli în grup îți dai seama de faptul că gândești astfel?
E: Aceasta este teama mea cea mai mare.

• *Relatarea unor episoade când s-a manifestat anxietate*

Terapeutul va discuta în detaliu cu pacientul despre episoadele recente când acesta s-a simțit speriat, îngrijorat sau a avut un atac de panică.

Este de dorit să se aleagă un episod cât mai concret, de dată recentă şi să nu se adreseze întrebări cu caracter prea general. Se constată că la început clientul se va referi la stările sale afective şi abia apoi va ajunge la gândurile negative automate.

Prezentăm mai jos un dialog realizat cu Adrian, inginer, de 37 de ani, aflat în terapie pentru agorafobie.

T: Când te-ai simţit ultima oară rău atunci când te aflai în afara casei?

A: Am avut o zi proastă la sfârşitul săptămânii.

T: Povesteşte-mi. Unde te aflai?

A: Mă pregăteam să ies la plimbare cu soţia. Era duminică.

T: Ce ai simţit atunci? (terapeutul îl ajută pe pacient să conştientizeze stările afective).

A: M-am simţit groaznic. Am simţit o slăbiciune în picioare şi o senzaţie de pierdere a echilibrului.

T: Ce gânduri ţi-au venit în minte când te-ai simţit astfel?

A: Am gândit că n-aş vrea să merg la plimbare (gânduri automate secundare).

T: Ţi-a fost teamă că se va întâmpla ceva rău dacă vei ieşi din casă în starea asta?

A: Adesea mă simt aşa. Nu aş mai dori niciodată să mă simt astfel.

T: Trebuie să fie foarte neplăcut. Ai ieşit până la urmă în oraş?

A: Am condus maşina până la Universitate, în centru, şi atunci am făcut criza.

T: Ce ţi s-a întâmplat de fapt?

A: Am simţit o senzaţie de slăbiciune, am transpirat şi am început să-mi tremure picioarele.

T: Când te-ai simţit astfel ce gânduri ţi-au trecut prin minte?

A: Că vreau să mă urc în maşină şi să mă întorc acasă (gând automat secundar).

T: Atunci când au apărut simptomele te-ai gândit că s-ar putea întâmpla ceva rău?

A: Mi-am spus că nu mă voi putea ţine pe picioare şi voi leşina (gând negativ primar).

T: Cât de mult ai crezut în acest gând atunci?

• *Comutarea emoţională*

Terapeutul va observa cu atenţie comportamentul nonverbal al clientului pentru a detecta orice modificare a stării afective a acestuia. Modificările emoţionale se pot manifesta în timpul discuţiilor cu privire la simptome şi stări, cât şi în timpul experimentelor de expunere sau de provocare deliberată a simptomelor.

Pornind de la evidenţierea acestor modificări în plan afectiv, terapeutul va conduce astfel discuţia pentru a evidenţia gândurile negative automate. Din păcate, mulţi pacienţi au tendinţa să dirijeze astfel conversaţia încât să nu fie abordate aspecte anxiogene. Acest fenomen este denumit în literatura de specialitate evitare cognitiv-afectivă (Wells, 1999) şi se manifestă, de regulă, în acelaşi timp cu tendinţa pacientului de a prezenta situaţia cu foarte multe detalii, tendinţă combinată cu un fel de incapacitate de a răspunde clar la întrebările terapeutului.

Prezentăm un fragment dintr-un dialog purtat de terapeut cu Laura, 30 de ani, casnică, diagnosticată cu atacuri de panică.

L: Nu pot să vă descriu senzaţiile; este ca şi cum lucrurile s-ar modifica în jurul meu.

T: Ce vrei să spui de fapt când afirmi că lucrurile se schimbă?

L: Totul devine ireal, parcă lucrurile se mişcă şi se depărtează de mine.

T: Simţi că lucrurile se depărtează de tine? Parcă te simţi detaşată de ele, nu-i aşa?

L: Da, este ca şi cum m-aş afla într-o lume ireală; este înspăimântător. Mi se întâmplă chiar acum, când vorbesc despre asta. (Pacienta îşi acoperă ochii cu palmele şi clatină capul.)

T: Mi se pare că te simţi speriată chiar în acest moment.

L: O, doamne! Intru în panică! Aş vrea ca totul să se oprească.

T: Ce gânduri îţi trec prin minte acum?

L: Este îngrozitor! Simt că voi înnebuni.

T: Este într-adevăr un lucru înspăimântător să gândeşti astfel. Cât de mult crezi că vei înnebuni cu adevărat?

• *Notarea gândurilor disfuncţionale*

Acest lucru se realizează pe baza unor formulare de tipul următor (Wells, 1999):

Data	*Situaţia*	*Emoţii*	*Gânduri negative automate*	*Gânduri alternative*	*Rezultat final*
	Notaţi situaţia sau gândurile (pentru pacienţii obsesivi) care vă produc stări afective negative	1. Notaţi tipul de stare emoţională (trist, anxios, furios etc.). 2. Evaluaţi intensitatea emoţiei (0-100)	1. Notaţi gândurile negative automate. 2. Notaţi cât de mult credeţi în acestea.	1. Ce alt mod de a interpreta situaţia ar mai putea exista? 2. Reevaluaţi cât de mult mai credeţi în gândul automat (0-100)	1. Notaţi tipul de emoţie. 2. Reevaluaţi intensitatea emoţiilor resimţite (0-100) 3. Ce alte lucruri aţi mai putea întreprinde pentru a rezolva problema

Aceste fişe de evaluare se utilizează la începutul tratamentului pentru a nota gândurile negative automate asociate cu stările afective negative. Ele furnizează informaţii referitoare la conţinutul acestor gânduri şi îl ajută pe pacient să sesizeze legătura dintre acestea şi stările afective.

• *Sarcinile de expunere la situaţii anxiogene*

Sub aspect cognitiv, acestea au rolul de a activa temerile pacienţilor prin expunere la situaţii stresante reale sau modelate de către terapeut. Prin intermediul sarcinilor de expunere terapeutul capătă acces la gândurile negative automate ale pacientului.

Terapeutul îi va cere acestuia să evalueze pe o scală gradată cât de mult crede în aceste gânduri negative în timpul expunerii şi după încheierea acesteia.

În cele ce urmează prezentăm un model de dialog terapeutic realizat cu o pacientă agorafobică în timpul unei sarcini de expunere pentru a identifica gândurile negative automate.

Maria, o studentă în vârstă de 20 de ani, suferind de agorafobie, nu reuşeşte să identifice în cabinetul de terapie gândurile care îi vin în minte atunci când se simte speriată.

În această situaţie terapeutul se decide să o expună în plan real la o situaţie anxiogenă.

Terapeutul: Te-aş ruga să te plimbi singură prin acest magazin timp de cinci minute şi apoi să te întorci la mine şi să-mi spui ce ai simţit.

Maria: Mă simt deja foarte înspăimântată. Nu cred că voi fi în stare să fac ceea ce-mi cereţi.

T: Cum se manifestă teama ta?

M: Simt că nu mai am aer şi că îmi tremură picioarele.

T: Ce gânduri îţi trec prin minte?

M: Nu-mi trece nici un gând. Mi-e frică şi atât.

T: Poţi totuşi să te plimbi puţin singură?

M: Am să încerc.

T: Ce simţi acum?

M: Sunt foarte nervoasă şi încordată. Mă simt tare rău.

T: Crezi că se va întâmpla ceva rău dacă simptomele se vor înrăutăţi?

M: Mi se pare că sunt caraghioasă pentru că mă simt astfel.

T: Atunci când afirmi că te simţi caraghioasă vrei să spui că vei apărea drept caraghioasă în ochii celorlalţi?

M: Ceilalţi îşi vor da seama că este ceva în neregulă cu mine.

T: Care ar fi cel mai rău lucru pe care l-ar putea observa?

M: Ei ar putea remarca faptul că merg într-un mod curios.

T: Ce înseamnă pentru tine faptul că mergi într-un fel curios?

M: Ei bine, ceilalţi ar putea remarca faptul că mă împiedic şi ar crede că sunt beată sau drogată.

T: Cu alte cuvinte, unul dintre gândurile care te sperie ar fi că vei merge într-un fel ciudat şi oamenii vor crede că eşti beată sau drogată. Cât de mult crezi că acest lucru s-ar putea întâmpla chiar acum?

M: După modul în care mă simt, cred că ar fi posibil să se întâmple.

T: Apreciază pe o scală de la 0 la 100 cât de mult crezi că lucrul de care te temi să va întâmpla chiar acum.

M: Cred în proporţie de 80%.

T: Bine. Plimbă-te acum singură şi să vedem ce se va întâmpla.

În acest caz este vorba despre gânduri legate de evaluările negative ale celorlalţi. Sarcinile de expunere sunt utile şi pentru a evidenţia comportamentele subtile de asigurare, comportamente care o dată puse în funcţiune împiedică procesul de infirmare a gândurilor negative automate.

Jocurile de rol

Jocurile de rol reprezintă exerciţii de expunere utilizate în cazul anxietăţii sociale şi au avantajul că variabilele pot fi controlate de către terapeut mai uşor decât în situaţiile reale.

În timpul jocurilor de rol pacientul va fi invitat să semnaleze nivelul anxietăţii şi, în cazul în care aceasta creşte, se opreşte exerciţiul şi se poartă discuţii referitoare la gândurile automate negative.

Aşa cum am mai subliniat, terapeutul va manipula scenariul jocului de rol pentru a declanşa stările emoţionale ale pacientului.

Astfel, de pildă, el poate să se adreseze pacientului pe un ton mai cald, mai rece, mai critic sau îi poate adresa o serie de întrebări cu caracter personal.

Administrarea de feedback-uri audio-vizuale

Se realizează prin intermediul înregistrărilor făcute în timpul şedinţelor de psihotrapie. Aceste înregistrări vor fi vizionate împreună cu pacientul şi în momentul în care pacientul prezintă semnele unei stări afective, caseta se opreşte şi se discută pe tema respectivă pentru a surprinde conţinutul gândurilor negative automate, care, la rândul lor, vor fi înregistrate.

Avantajul acestei metode constă în aceea că ea permite o anumită detaşare a individului de situaţia anxiogenă şi se dovedeşte utilă mai ales atunci când stările afective trăite de pacient sunt prea intense.

Înregistrările audio-vizuale se utilizează și în cazurile de anxietate socială legată de aspectul fizic și de performanțele realizate în public.

Manipularea comportamentelor de asigurare

Specialiștii în psihoterapie cognitivă consideră că subiecții utilizează comportamentele de asigurare pentru a preîntâmpina producerea așa-ziselor pericole de care se tem. Rezultă, în mod logic, că dacă se vor elimina aceste comportamente de asigurare în timpul sarcinilor de expunere la situații anxiogene, anxietatea și gândurile negative legate de pericolele posibile se vor amplifica. Astfel, de pildă, unui pacient obsesiv i s-a cerut să nu-și mai controleze gândurile atunci când acestea se manifestă. Răspunsul acestuia a fost că dacă nu-și va mai controla gândurile, își va pierde controlul.

Terapeutul a dedus astfel faptul că gândurile negative automate ale acestui pacient sunt legate de teama de pierdere a controlului fizic și mental.

Tehnica inducerii simptomelor

Reprezintă o variantă de expunere: persoana este expusă la propriile sale simptome psihice sau somatice.

Unul dintre pacienții noștri, Paul, suferind de nevroză obsesivă, nu putea să-și exprime în timpul psihoterapiei gândurile negative automate legate de obsesiile sale.

Temerile sale au devenit mai evidente atunci când terapeutul i-a cerut să se concentreze în mod deliberat asupra gândurilor și imaginilor care îl obsedau. Pacientul a refuzat să realizeze acest lucru, moment în care terapeutul l-a întrebat care ar fi cel mai rău lucru care s-ar putea întâmpla dacă el va face ceea ce i se cere. În acel moment au apărut, în mod evident, gânduri negative legate de faptul că pacientul ar putea face rău familiei sale prin intermediul obsesiilor sale.

În cazul atacurilor de panică şi al tulburărilor hipocondriace se utilizează în mod frecvent şi metoda hiperventilaţiei, prin intermediul căreia se declanşează pacienţilor simptome fiziologice asemănătoare celor care apar în cursul tulburărilor anxioase.

Există şi situaţii când terapeutul are dificultăţi să acceseze gândurile negative automate ale pacientului sub forma unor exprimări verbale. În acest caz, terapeutul va solicita pacientului să-şi prezinte evaluările negative sub formă de imagini, deducând, pe baza acestora, conţinutul gândurilor negative. De asemenea, imaginile unor posibile catastrofe pot fi manipulate în aşa fel de către terapeut pentru a declanşa reacţii de comutare emoţională, precum şi o serie de evaluări negative.

Strategii cognitive de reatribuire

Psihoterapia cognitivă îşi propune nu numai identificarea, ci şi modificarea gândurilor automate şi schemelor cognitive cu conţinut negativ. În acest scop se utilizează strategiile de reatribuire, care reprezintă combinaţii între mai multe tehnici de restructurare cognitivă.

Wells (1999) face distincţia între tehnicile de reatribuire verbale şi cele realizate în plan comportamental.

Tehnicile de reatribuire verbale se bazează pe discuţii purtate cu pacientul şi se centrează în jurul metodei dialogului socratic.

Autorul prezintă câteva astfel de tehnici.

Definirea şi operaţionalizarea termenilor. Primul pas ce trebuie realizat înainte de a adresa întrebări cu caracter provocativ gândurilor negative automate constă în definirea exactă a conceptelor cu care operează pacientul. Astfel, dacă un subiect afirmă că îşi va pierde controlul, terapeutul va trebui să afle ce anume înseamnă acest lucru pentru el (este vorba de controlul asupra organismului, de controlul emoţional, de ambele, de consecinţele acestora etc.).

Întrebările utile pentru a realiza aceste precizări ar fi următoarele:

- Ce înțelegi prin aceasta? (că îți vei pierde controlul, că nu vei putea face față, că nu vei putea suporta etc.).
- Dacă nu vei putea face față, care va fi cel mai rău lucru care s-ar putea întâmpla?
- Ce înseamnă pentru tine că nu vei putea face față?
- Dacă acest lucru ar fi adevărat, ce ar însemna pentru tine?
- Dacă acest lucru ar fi adevărat, de ce ar fi atât de rău?
- Dacă ai putea face față, în ce măsură situația ar fi diferită de cea de acum? etc.

Verificarea dovezilor. Constă în adresarea de întrebări în legătură cu veridicitatea gândurilor negative. Pacientul va fi ghidat în direcția reinterpretării dovezilor în favoarea gândurilor negative, acesta ajungând să se convingă de faptul că nu are suficiente argumente pentru a crede în ele.

Terapeutul va adresa întrebări de tipul următor:

- Care este dovada că dezastrul la care te aștepți se va peterece?
- Ce anume te face să crezi aceasta?
- De unde știi că acel lucru se va întâmpla? etc.

Se constată faptul că în absența dovezilor gândurile și convingerile negative au tendința de a-și reduce forța de acțiune.

Trecerea în revistă a contraargumentelor. Întrebările specifice adresate de către terapeut sunt:

- Ce alt mod de a privi problema mai întrevezi?
- S-a întâmplat deja catastrofa? De ce nu s-a întâmplat?
- Care ar fi dovezile că dezastrul nu va avea loc?
- Ce argumente puteți aduce în favoarea celuilalt mod de a privi problema?

Wells (1999) propune utilizarea unui set de întrebări menite să-l determine pe pacient să-și echilibreze modul catastrofic de gândire. Acesta va fi solicitat mai întâi să descrie cel mai rău lucru care s-ar putea petrece, apoi cea mai bună alternativă, dialogul încheindu-se cu un accent pe ceea ce este mai probabil să se petreacă.

Prezentăm, în cele ce urmează, un dialog purtat de terapeut cu un subiect cu fobie socială (după Wells, 1999).

T: Atunci când afirmi că te vei purta „nebunește", ce înțelegi prin aceasta?

P: Că oamenii vor gândi că sunt „nebun".

T: Ce îi determină pe ceilalți să gândească așa?

P: Voi face ceva deplasat și voi atrage atenția asupra mea.

T: Ce anume vei face?

P: Nu-mi voi găsi cuvintele și nu voi ști ce să spun.

T: Așadar, gândurile tale negative se referă la faptul că nu-ți vei găsi cuvintele și ceilalți vor crede că ești nebun?

P: Nu aș dori ca ei să creadă acest lucru.

T: Ce dovezi ai că se va petrece așa ceva?

P: Mi s-a mai întâmplat așa ceva atunci când m-am simțit speriat. Mintea mi s-a golit și nu am mai știu ce să spun.

T: Este adevărat că poți avea uneori senzația că ți se golește mintea, dar ce te face să crezi că ceilalți te vor considera nebun?

P: Ei bine, nu știu sigur.

T: Cum s-ar purta oamenii cu tine dacă ar crede că ești nebun?

P: Presupun că nu ar vorbi cu mine și că și-ar bate joc de mine.

T: Ai vreo dovadă că ceilalți fac acest lucru?

P: Nu. Poate unii oameni, dar marea majoritate nu se comportă așa.

T: Se pare că există unele dovezi că oamenii nu te consideră nebun?

P: Da, dacă privim lucrurile din această perspectivă.

T: Care sunt dovezile că oamenii nu te consideră nebun?

P: Am mai mulți prieteni buni și am relații bune cu colegii de serviciu.

T: Ce înțelegi prin relații bune cu colegii de serviciu?

P: Mulți dintre ei îmi cer sfatul la lucrările pe care le fac.

T: Reprezintă aceasta o dovadă a faptului că te consideră nebun?

P: Nu, dimpotrivă.

T: Se pare că uneori nu știi ce să spui atunci când ești anxios, dar se pare că oamenii nu te consideră nebun. Dacă ei nu cred că ești nebun, atunci ce anume cred?

P: Probabil că nici nu bagă de seamă faptul că nu spun nimic.

T: Chiar dacă ar observa acest lucru, ce ar putea gândi?

P: Ei ar putea crede că sunt tăcut sau că stau pe gânduri.

T: După cele discutate, cât de mult mai crezi în ideea că oamenii te vor considera nebun?

Identificarea distorsionărilor cognitive

Se referă la descoperirea erorilor de logică, erori ce stau la baza modului distorsionat de gândire.

Burns (1989) propune utilizarea tehnicii celor trei coloane, în cadrul căreia pacienții sunt solicitați să noteze în prima coloană gândurile negative, în a doua coloană tipul de distorsionare cognitivă (gândire de genul „alb-negru", personalizare, catastrofizare etc.), iar în a treia coloană să substituie fiecărui gând negativ câte un gând mai rațional.

Pacientul va evalua pe o scală de la 0 la 100 cât de mult crede în adevărul gândului negativ automat, precum și în cel alternativ mai rațional.

În final, se apreciază și cât de mult mai crede acesta în gândul automat negativ inițial.

Gânduri negative automate 0 – 100	Identificarea distorsionărilor cognitive	Gânduri realiste alternative 0 – 100	Cât de mult mai credeți în adevărul gândului negativ inițial? 0 – 100

Această tehnică se utilizează pentru combaterea gândurilor negative automate deoarece îi ajută pe pacienți să sesizeze erorile

de logică din propria lor gândire şi apoi să renunţe la acestea. Se lucrează la început în timpul şedinţei de psihoterapie şi ulterior individual, în timpul realizării sarcinilor pentru acasă.

Terapeutul trebuie să fie atent ca răspunsurile raţionale alternative să nu se transforme, în anumite cazuri, în comportamente de asigurare. Astfel, de pildă, pacienţii care se tem de gândurile obsesive intruzive pot considera, în mod eronat, că a le controla prin înlocuirea lor cu gânduri raţionale alternative poate opri producerea catastrofei de care se tem. Dacă acest fenomen se produce, va fi blocat accesul pacientului la modificarea mai profundă, care trebuie să aibă loc la nivelul convingerilor şi credinţelor disfuncţionale care stau la baza apariţiei gândurilor negative.

Analiza costurilor şi beneficiilor

Această analiză are în vedere avantajele şi dezavantajele menţinerii stilului negativ de gândire. Terapeutul împreună cu pacientul vor selecta o situaţie în care se manifestă un mod negativ de gândire.

În continuare, se împarte o foaie în două coloane, în prima coloană se trec avantajele menţinerii gândului negativ, iar în cea de-a doua dezavantejele.

Terapeutul va lucra apoi împreună cu pacientul asupra avantajelor pe care le identifică acesta pentru menţinerea gândurilor negative care stau la baza comportamentului disfuncţional. Cogniţiile de acest tip vor fi combătute, fapt ce va creşte complianţa pacientului faţă de tratament.

Astfel, de pildă, o pacientă cu tulburare anxioasă generalizată nu s-a dovedit cooperantă în realizarea unor experimente terapeutice în cadrul cărora să înceteze să se mai îngrijoreze, deoarece îngrijorările aveau conotaţie pozitivă. Pentru ea, avantajele acestor îngrijorări constau în aceea că ea credea că dacă îşi va face griji în legătură cu sănătatea copiilor ei aceştia nu se vor îmbolnăvi şi, în acelaşi timp, a se îngrijora însemna pentru ea că este o mamă bună.

Într-o etapă ulterioară, terapeutul şi pacientul se vor concentra asupra dezavantejelor menţinerii gândului disfuncţional, cei doi străduindu-se să genereze un număr cât mai mare de dezavantaje.

Se va evalua apoi numeric fiecare avantaj şi dezavantaj şi se va compara cifra totală care reflectă avantajele cu cea care reflectă dezavantajele. Atunci când cifra care reprezintă rezultatul evaluării dezavantajelor o depăşeşte pe cea a avantajelor, pacientul devine mai motivat să se modifice. Terapeutul va explora împreună cu pacientul şi alte modalităţi, mai puţin disfuncţionale, de a obţine avantajele dorite.

Descoperirea unor cauze alternative pentru diverse evenimente

Constă în identificarea situaţiei problematice şi a evaluării pe care o realizează pacientul în legătură cu cauzele acesteia. Terapeutul îl va ghida apoi pe pacient să găsească şi alte explicaţii posibile pentru situaţia respectivă. Astfel, de pildă, un subiect hipocondriac va considera că durerea sa de cap reprezintă simptomul unei tumori cerebrale. În urma discuţiilor cu terapeutul, pacientul va ajunge la concluzia că o durere de cap se poate datora şi altor cauze, cum ar fi o gripă, o stare de anxietate, un proces de deshidratare, o migrenă, o supraîncordare musculară, o afecţiune oftalmologică şi în ultimul rând o tumoră cerebrală.

Se realizează apoi o diagramă circulară în cadrul căreia se alocă sectoare de cerc ce vor exprima probabilitatea ca una dintre cauze să stea la baza situaţiei aflate în discuţie.

Terapeutul va începe cu explicaţiile cele mai benigne şi va lăsa pe ultimul loc explicaţia catastrofizantă a pacientului.

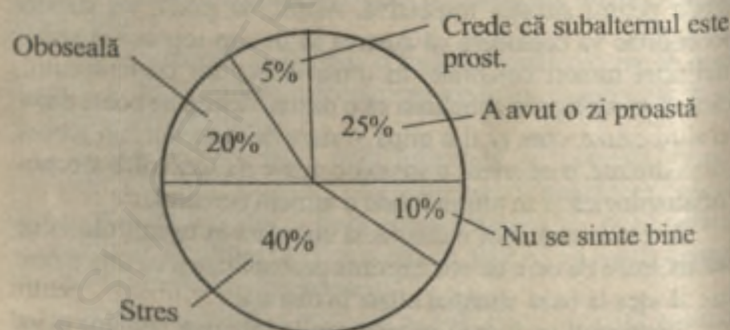
Prezentăm mai jos diagrama realizată pentru un pacient cu fobie socială, care nutreşte gândul negativ: „şeful meu consideră că sunt un prost!" (Wells, 1999).

Terapeutul: Ce anume te determină să crezi aceasta?

Pacientul: Şeful a părut agasat atunci când i-am cerut o adresă.

T: Se comportă el de obicei în felul acesta?
P: Nu, de regulă lucrăm bine împreună.
T: Cât de mult crezi în faptul că modul lui de a se purta cu tine reflectă ideea că te consideră un prost?
P: Ar fi trebuit să știu unde să găsesc adresa respectivă.
T: Aş dori să trecem în revistă şi alte motive pentru care şeful tău ar putea fi supărat.
P: Pentru că nu mă agreează.
T: Crezi că acest lucru este adevărat?
P: Nu prea cred.
T: Poţi să mai găseşti şi alte motive?
P: Poate că şeful a avut o zi proastă!
T: Acest lucru pare plauzibil. Mai există şi alte explicaţii?
P: Este posibil ca el să nu se simtă bine.
T: Da, posibil. Te-ai mai gândit la altceva?
P: Probabil că este stresat etc.

În cele din urmă va rezulta diagrama cauzelor posibile pentru care şeful s-a purtat mai rece cu subalternul său.



Metoda informării

Pacientului îi sunt furnizate anumite informaţii menite să corecteze gândurile, convingerile şi schemele cognitive negative

Aceste informații sunt utile mai ales atunci când pacienții suferă de anxietate legată de interpretarea eronată a unor simptome somatice. De pildă, se pot furniza date științifice legate de mecanismele tensiunii arteriale, ale actului respirator sau ale efectelor hiperventilației.

Contraargumentare în cadrul jocului de rol

Terapeutul și pacientul vor prezenta pe rând gândurile negative automate și contraargumentele aduse împotriva acestora.

Terapeutul va începe cu prezentarea gândurilor negative ale pacientului, iar acesta din urmă va fi solicitat să aducă argumente împotriva acestora. În cazul în care pacientul se va bloca, rolurile se vor inversa și terapeutul va fi cel care va aduce contraargumente pentru combaterea gândurilor negative automate.

Ambii parteneri de dialog vor utiliza afirmații realizate la persoana întâia („Eu consider că...").

Tehnica manipulării imaginilor

Gândurile negative automate pot fi exprimate atât în plan verbal, cât și în plan imaginativ.

În cazul tulburărilor anxioase subiecții dezvoltă frecvent imagini legate de dezastre posibile, imagini care sunt, de cele mai multe ori, stopate de către subiect înainte de a atinge punctul culminant, deoarece acestea sunt prea anxiogene.

Terapeutul va explora semnificația acestor imagini pentru pacient, care le consideră adesea periculoase, ca reprezentând semnele pierderii autocontrolului sau ale unei boli psihice.

Gândurile negative automate legate de aceste imagini trebuie scoase la iveală și apoi combătute prin tehnicile contraargumentării. În continuare pacientul este solicitat să ducă până la capăt imaginile respective pentru a reduce anxietatea care le acompaniază.

Prezentăm mai jos un dialog purtat cu Elena, o farmacistă de 42 de ani, care se spăla în mod compulsiv pe mâini de 10-20 de ori pe zi pentru că se teama de faptul că va lua microbi, se va îmbolnăvi şi va muri.

Pacienta prezenta un fragment de imagine obsesivă că a decedat şi că va fi prizonieră în propriul corp, dar se temea să ducă imaginea până la capăt.

Terapeutul: Te rog să închizi ochii şi să formezi imaginea care te sperie pe ecranul tău mental. Atunci când ai reuşit acest lucru, ridică degetul arătător drept.

Pacienta reacţionează.

Terapeutul: Te rog să-mi descrii imaginea respectivă.

Elena: Da. Am murit şi este întuneric în jurul meu.

T: Unde te afli acuma?

E: Sunt în sicriu pentru că am fost îngropată deja.

T: Ce se întâmplă în continuare?

E: Nimic. Mă simt prinsă într-o capcană.

T: Aş dori să-ţi imaginezi acum că au trecut câteva săptămâni, apoi câteva luni… Ce ţi se întâmplă acum?

E: Nimic, trupul meu începe să se descompună.

T: Derulează imaginea în continuare, gândindu-te că au mai trecut câteva luni, poate chiar ani, şi că trupul tău s-a descompus şi mai mult. Ce simţi acum?

E: Mă simt eliberată pentru că nu mai sunt prinsă în capcana propriului meu trup, care nici nu mai există.

T: Menţine imaginea care te face să te simţi liberă. Cum este acum?

E: Mă simt mult mai bine. Nu mă voi lăsa niciodată prinsă în capcane false.

Psihoterapeutul poate solicita pacientului să menţină imaginea anxiogenă sau s-o modifice sub aspectul formei şi conţinutului.

În unele cazuri, după confruntarea cu imaginea negativă, aceasta poate fi înlocuită cu o imagine mai realistă.

Antrenamentul mental

Terapeutul îl va înarma pe pacient cu o serie de strategii de a face față diverselor situații dificile, strategii ale căror planuri de lucru vor fi elaborate în detaliu. Strategiile vor fi exersate la început în plan mental, în stare de relaxare sau hipnoză, și abia ulterior vor fi puse în practică în plan real.

Strategii de reatribuire în plan comportamental

Strategiile comportamentale oferă cel mai propice cadru pentru realizarea modificărilor în plan cognitiv.

În majoritatea variantelor eclectice de terapie cognitiv-comportamentală tehnicile comportamentale sunt preluate ca atare, fără modificări.

Wells (1999) nu este de acord cu o astfel de abordare, autorul fiind de părere că tehnicile comportamentale sunt utile doar în măsura în care contribuie la modificarea variabilelor care mențin tulburările anxioase.

Astfel, dacă se utilizează relaxarea doar pentru a liniști subiectul și pentru a rezolva temerile legate de anumite gânduri negative specifice, fără a se aborda convingerile și schemele cognitive funcționale de bază, obiectivul terapiei nu va fi atins pentru că restructurarea mentală nu va putea avea loc. Mai mult, subiectul va considera că anxietatea este controlabilă, dar convingerea primară că anxietatea este periculoasă nu va putea fi modificată. În felul acesta relaxarea sau distragerea se pot transforma din tehnici de terapie a anxietății în comportamente de asigurare. Acest lucru nu înseamnă însă că nu se pot utiliza tehnicile de relaxare în tratamentul tulburărilor anxioase, cu condiția însă ca demersul terapeutic să nu se oprească aici, ci să atingă esența modului negativ de gândire al pacientului.

Tehnica expunerii

Psihoterapia cognitivă a anxietăţii utilizează două tipuri de expunere: expunerea la stimuli anxiogeni de natură externă şi expunerea la stimuli de natură internă.

Expunerea poate fi utilizată nu numai în scop terapeutic, ci şi în scop de evaluare pentru a evidenţia gândurile negative automate, gânduri mai greu de exprimat de către unii subiecţi (Wells, 1999).

Marea majoritatea a autorilor utilizează tehnica expunerii împreună cu alte tehnici de combatere a gândurilor negative şi acest lucru se realizează sub forma experimentelor în sfera comportamentală, al căror scop final este modificarea schemelor cognitive de bază.

Experimentele în sfera comportamentală îşi propun să-l familiarizeze pe pacient cu conceptele terapiei cognitive prin intermediul demonstrării modului în care funcţionează schemele cognitive disfuncţionale.

Terapeutul poarte modifica unele comportamente de asigurare, pacientul fiind instruit să observe modul în care variază şi senzaţiile fiziologice. Astfel, în cazul subiecţilor cu atacuri de panică terapeutul le poate cere să-şi concentreze atenţia asupra unei anumite zone a corpului pentru a demonstra efectele gândurilor asupra percepţiei anumitor simptome.

Un alt tip de experiment în sfera comportamentală este lectura în faţa subiectului a unor liste de perechi de cuvinte care se referă la diverse dezastre (durere în piept – atac de cord; ameţeli – leşin; dificultăţi de respiraţie – sufocare; senzaţie de irealitate – nebunie; palpitaţii – moarte), terapeutul urmărind efectul acestei lecturi asupra anxietăţii degajate de pacient.

Experimentele în sfera comportamentală se utilizează şi pentru a verifica veridicitatea gândurilor şi convingerilor negative prin strângerea de dovezi care să conducă la infirmarea lor.

Un alt rol pe care îl joacă experimentele în sfera comportamentală constă în demonstrarea pentru subiect a unor posibile modificări în sfera afectivă.

De exemplu, la pacienții depresivi se poate recomanda monitorizarea riguroasă a activităților pentru a-i convinge pe subiecți că abaterea atenției de la gândurile negative le poate ameliora dispoziția.

Experimentele de infirmare a gândurilor și convingerilor negative

Aceste experimente urmăresc să infirme predicțiile pacientului legate de diverse pericole în plan fizic, social sau psihologic.

Se utilizează tehnica expunerii la stimuli anxiogeni, combinată cu diverse procedee care să conducă la infirmarea gândurilor și convingerilor negative.

O categorie aparte a acestor tehnici o constituie culegerea unor date pe bază de observație directă sau pe bază de interviu. Astfel, un pacient hipocondriac care consideră că oscilațiile ritmului cardiac reprezintă semnele unei boli grave a fost instruit să intervieveze zece persoane cunoscute cu privire la modificările cardiace pe care le prezintă. Rezultatul a fost că cinci din cele zece persoane au relatat că au frecvent modificări ale ritmului cardiac. Această „descoperire" a condus la reducerea convingerii sale disfuncționale.

Experimentele propriu-zise, care au drept scop infirmarea gândurilor și convingerilor negative, implică mai multe etape (Wells, 1999):

1. Concentrarea atenției asupra unor gânduri „cheie" și discutarea împreună cu pacientul a motivelor care îl determină să creadă în acestea, pentru ca terapeutul să poată afla ce variabile trebuie manipulate în cursul experimentului.

2. Identificarea situațiilor care provoacă anxietate, precum și a comportamentelor sau variabilelor care împiedică infirmarea convingerii negative (comportamente de evitare, fugă din situație sau comportamente de verificare).

3. Elaborarea unui set cognitiv propice schimbării atitudinale prin intermediul explicării rațiunilor pentru care se realizează experimentul terapeutic. (Terapeutul îi va explica pacientului modul în care anumite comportamente nu fac decât să mențină simptomul, precum și necesitatea modificării acestora pentru a verifica cum anume variază anxietatea.)

4. Expunerea pacientului la situațiile sau stimulii anxiogeni și dirijarea acesteia astfel încât să se infirme gândul sau convingerea că se va produce o catastrofă.

În cazul în care stimulul anxiogen este o senzație corporală, expunerea va însemna provocarea deliberată a acelei senzații de care se teme subiectul.

5. Discutarea împreună cu pacientul a rezultatelor experimentului în termenii terapiei cognitive și instruirea acestuia să realizeze experimente care să vizeze și alte gânduri negative, atât în timpul ședințelor de psihoterapie, cât și în cursul realizării temelor pentru acasă.

Terapeutul îi va cere pacientului să evalueze pe o scală de la 0 la 100 cât de mult crede în gândul negativ asupra căruia s-a lucrat și acest lucru se va realiza atât la începutul, cât și la sfârșitul ședinței de psihoterapie în cadrul căreia a avut loc experimentul.

În cazul în care gândul sau convingerea negativă se menține, terapeutul va explora motivele pentru care se petrece acest lucru și va iniția noi experimente în sfera comportamentală, până la reducerea cvasitotală a credibilității acestora.

Tehnici de modificare a schemelor cognitive

Demersurile terapeutice inițiale se centrează mai ales asupra abordării gândurilor negative automate, urmând ca mai târziu să fie atacate convingerile și supozițiile disfuncționale care stau la baza apariției și menținerii simptomelor.

Wells (1999) prezintă câteva exemple de convingeri și supoziții disfuncționale specifice pacienților cu tulburări anxioase.

Tulburarea	*Supoziția disfuncțională*	*Convingerea negativă*
Fobia socială	Dacă nu găsesc ceva de spus, ceilalți vor crede că sunt plicticos. Dacă voi tremura, oamenii vor observa și vor crede că e ceva în neregulă cu mine.	Sunt plictisitor/neintegrat. Sunt diferit de ceilalți. Nu mă pot adapta.
Anxietate generalizată	Dacă îmi voi face griji, voi fi capabil să fac față. Trebuie să-mi controlez îngrijorările sau voi înceta să acționez cum trebuie.	Îngrijorările mă ajută să mă descurc. (Nu pot face față situațiilor). Îngrijorările mele sunt incontrolabile. (Îmi voi pierde mințile).
Panică	Dacă fac un atac de panică, respirația mea se va opri. Dacă sufăr de atacuri de panică, înseamnă că am un psihic slab.	Sunt vulnerabil. (Anxietatea este ceva periculos). Am un psihic slab. (S-a defectat ceva în psihicul meu).
Tulburare obsesiv-compulsivă	Dacă nu fac mereu verificări, nu mă voi putea relaxa. Dacă cred că am rănit pe cineva, probabil că am rănit persoana respectivă.	Stările mele afective mă depășesc. Gândurile mele rele sunt adevărate.
Tulburare hipocondriacă	Dacă am simptome fizice neașteptate, înseamnă că am o boală somatică gravă. Dacă mă voi îmbolnăvi, înseamnă că sunt o persoană lipsită de valoare.	Voi fi pedepsit prin intermediul bolii. Merit ceea ce mi se întâmplă.

Conținutul schemelor cognitive poate fi evidențiat prin intermediul unor chestionare, cum ar fi: Chestionarul pentru scheme cognitive (Young, 1990), Scala de atitudini disfuncționale

(Weissman şi Beck, 1978), Chestionarul de metacogniţii (Cartwright-Hatton şi Wells, 1997).

O altă metodă de evidenţiere a conţinutului schemelor cognitive o reprezintă analiza conţinutului gândurilor negative automate ale pacientului. Astfel, dacă gândurile negative automate se referă la evaluări negative în plan social, ca în cazul fobiei sociale, schemele cognitive vor cuprinde reguli referitoare la performanţele sociale, supoziţii condiţionale referitoare la implicaţiile sociale ale anumitor evenimente sau convingeri disfuncţionale referitoare la funcţionarea socială a ego-ului.

În cazul în care gândurile negative se centrează în jurul interpretării catastrofice a unor senzaţii fiziologice (la pacienţii hipocondriaci), supoziţiile şi convingerile se vor referi la semnificaţia unor simptome psihice sau somatice.

O modalitatea foarte eficientă de evidenţiere a conţinutului schemelor cognitive disfuncţionale este metoda „săgeţii verticale" a lui Burns (1980) şi constă în adresarea unui şir de întrebări până când se ajunge la convingerile bazale. Întrebările adresate sunt de tipul următor: „Dacă acel lucru se va întâmpla, ce va însemna aceasta pentru tine?" sau „Dacă acest lucru ar fi adevărat, de ce ar fi atât de rău?".

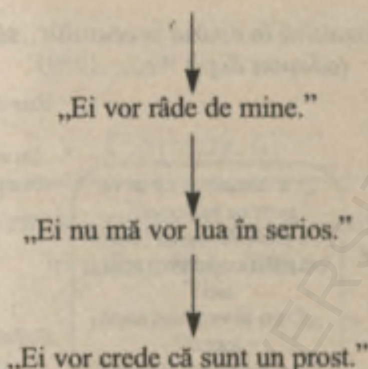
Prezentăm un model de utilizare a acestei tehnici în cazul lui Horaţiu, student la drept şi care suferă de fobie socială. Gândul automat este următorul: „Ce va fi dacă mă voi bâlbâi sau voi vorbi ciudat?"

Gând negativ automat:
„Ce se va întâmpla dacă mă voi bâlbâi
sau mă voi exprima ciudat?"



„Ceilalţi vor observa!"





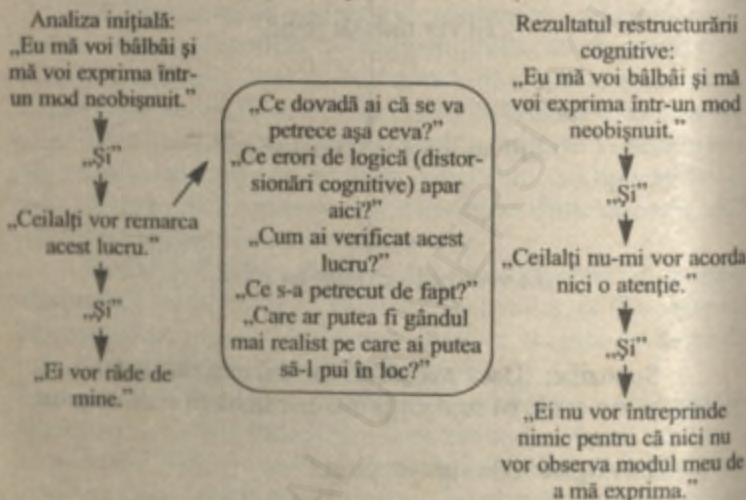
Supoziție: „Dacă mă bâlbâi sau mă expirm ciudat și ceilalți vor crede că sunt un prost, înseamnă că sunt un prost."

Convingere: „Eu sunt un prost."

Regulă (ipoteză): „Trebuie să articulez totdeauna perfect."

O dată ce terapeutul și pacientul au ajuns la capătul demersului cognitiv realizat prin intermediul seriei de întrebări, conținutul dominant identificat trebuie reformulat în așa fel încât să rezulte supoziții, convingeri și reguli după care să se conducă pacientul. Tehnica terapiei cognitive de contraargumentare se va aplica și acestora din urmă. Una dintre cele mai mult utilizate strategii constă în restructurarea demersului „săgeții verticale". Terapeutul va desena „săgeata verticală", va nota afirmațiile pacientului și apoi va aplica metodele de reatribuire pentru a infirma legăturile existente între fiecare nivel al analizei cognitive realizate. În continuare pacientul va fi ghidat să genereze gânduri alternative mai realiste.

Restructurarea cognitivă în cadrul procesului „săgeţii verticale" (adaptat după Wells, 1999)



Înainte de a ataca nivelul schemelor cognitive disfuncţionale, terapeutul va trebui să ofere pacientului explicaţii în legătură cu modul de funcţionare a acestora.

Instructajul administrat poate fi cel de tipul următor (Wells, 1999):

„Supoziţiile şi convingerile influenţează modul în care interpretaţi diverse evenimente şi acest lucru va influenţa, la rândul său, starea dv. afectivă şi comportamentul. Unele convingeri reprezintă rodul unor experimente timpurii, în timp ce altele se formează mai târziu, de-a lungul vieţii, în urma confruntării cu anumite situaţii anxiogene. Pentru a înţelege modul în care a apărut vulnerabilitatea la aceste situaţii, cât şi pentru a o reduce, este util să identificăm aceste supoziţii şi convingeri şi apoi să le modificăm. În termenii terapiei pe care o realizăm împreună, aceste convingeri şi supoziţii poartă numele de «scheme cognitive» de bază".

Capitolul 6

Psihoterapia cognitiv-comportamentală în tulburările fobice

Gillian Butler (1989) arată că fobia reprezintă o teamă exagerată şi persistentă faţă de un obiect sau de o situaţie care, de regulă, sunt nepericuloase. Aceste fobii produc dorinţa iraţională a subiectului de a evita situaţiile respective, deşi pacienţii realizează caracterul iraţional al fricii lor. Fobiile reprezintă frici cu carcater dezadaptativ care produc perturbări în viaţa obişnuită a subiecţilor.

Literatura de specialitate distinge următoarele categorii de tulburări psihice:

a) fobia simplă (de înălţime, insecte, sânge etc.). Subiectul este, de regulă, asimptomatic dacă nu anticipează că s-ar putea întâlni cu obiectul fobiei sale.

b) fobia socială este mai complexă datorită faptului că subiectul se teme de lucruri inobservabile, cum ar fi evaluările negative, critica sau teama de a fi respins.

Fobiile sociale se pot centra şi pe unele aspecte concrete, cum ar fi teama de a vorbi în public, de a mânca în public. În aceste cazuri, evitarea situaţiei anxiogene este mai dificil de evitat decât în cazul fobiei simple.

c) agorafobia: teama de a se afla în spaţii aglomerate (magazine, pieţe, cinematografe etc.), de a călători cu mijloace de transport în comun, de a se afla departe de casă.

Simptomele implică teama de a se afla în situaţii de unde subiectului îi este dificil să iasă sau de unde nu pot primi un ajutor în caz de urgenţă.

Agorafobicii se simt, de regulă, în siguranţă acasă (deşi acest lucru nu este valabil pentru toţi subiecţii). De asemenea, ei trăiesc stări de panică şi teama că îşi vor pierde autocontrolul şi că vor leşina în acele locuri de unde li se pare că nu pot ieşi. Unii agorafobici sunt mai puţin anxioşi dacă sunt însoţiţi de o persoană în care au încredere sau dacă poartă asupra lor anumite obiecte (un medicament, o umbrelă, o sticluţă cu ceai etc.).

Manualul Diagnostic şi Statistic D.S.M. III distinge două tipuri de agorafobie:

a) cu atacuri de panică;

b) fără atacuri de panică.

Nu este clar dacă este vorba de două entităţi nozografice distincte, care necesită tratamente diferite, sau este vorba de manifestări mai grave sau mai puţin grave ale aceleiaşi afecţiuni. Peste 80% din pacienţii agorafobici sunt femei, în timp ce în cazul fobiei sociale proporţia pe sexe este aproximativ egală. Deşi nu se cunoaşte exact originea fobiilor, majoritatea autorilor sunt de părere că acestea sunt frici dobândite prin condiţionare. Cu toate acestea, rareori pacientul fobic poate descrie un eveniment psihotraumatizant despre care spune că stă la originea fobiei. Fobia se instalează, de regulă, gradat, ca rezultat al repetării unor experienţe mai mult sau mai puţin anxiogene sau prin intermediul învăţării sociale. Uneori, această condiţionare se fixează în perioade de stres puternic sau în stări de supraactivare, când reacţiile caracterizate prin teamă se învaţă cu uşurinţă. Fobiile simple se pot dezvolta gradat, pe baza fricilor din copilărie, în timp ce fobia socială debutează, de regulă, în adolescenţă.

Agorafobia debutează în adolescenţa târzie, când mai ales fetele tind să devină mai independente, sau în jurul vârstei de 30 de ani (Marks şi Gelder, 1966). După Marks (1969), prezenţa şi natura factorilor precipitatori nu au o legătură directă cu tulburarea fobică.

Manualul D.S.M. IV a modificat denumirea de „fobii simple" în „fobii specifice".

Particularitățile fobiile specifice:

1. Prezența unei frici accentuate și persistente manifestate față de prezența sau anticiparea apariției unui obiect specific sau a unei situații care, pentru majoritatea oamenilor, nu are un caracter anxiogen.

2. Expunerea la stimulul care reprezintă obiectul fobiei provoacă o stare de anxietate accentuată, care poate evolua până la intensitatea unui atac de panică.

3. Subiectul recunoaște faptul că teama sa este excesivă și irațională.

4. Situația fobică este evitată sau suportată cu o anxietate și un disconfort excesiv de puternic.

5. Reacțiile de evitare a situației anxiogene, precum și disconfortul resimțit de subiect prezintă o influență negativă asupra vieții cotidiene, sferei ocupaționale relaționale și sociale a individului, care suferă datorită problemei sale.

6. Anxietatea, atacurile de panică sau evitările de tip fobic nu reprezintă simptome în cadrul altor tulburări psihice, cum ar fi: tulburarea obsesiv-compulsivă, tulburarea de stres posttraumatic, anxietatea de separare, fobia socială, agorafobia cu atacuri de pabică sau agorafobia fără atacuri de panică (D.S.M. IV, A.P.A., 1993).

Fobia sau teama de obiecte concrete

Persoanele care se tem de obiecte sau situații concrete (ascensoare, metrou, animale, insecte, înălțime, spații închise etc.), care nu implică relații interpersonale, își dau seama foarte exact de acest lucru.

Adesea, subiectului îi este foarte clar și care este lucrul de care se teme cel mai mult („mă tem că liftul se va prăbuși și voi muri"). Chiar dacă acestuia nu-i este chiar foarte clar ce se poate întâmpla, el își dă totuși seama, în mare, care este situația care îl

sperie (liftul, metroul etc.) şi, din acest motiv, asemenea fobii sunt mai uşor de abordat sub aspect terapeutic.

Claustrofobia

Teama de a se afla în anumite locuri: ascensoare, tunele, camere mici, clădiri înalte, poduri etc. se înscrie în categoria mare a claustrofobiei.

Oamenii pot trăi în mod diferit claustorfobia: unii nu pot suporta să se afle în situaţia respectivă, în timp ce alţii intră în panică numai atunci când se gândesc la acea situaţie.

Persoana este cuprinsă de panică atunci când se află în spaţii închise, de mici dimensiuni, trăind senzaţia că este strivită sau prinsă ca într-o capacană. De regulă, atacurile anxioase ale claustrofobicilor se caracterizează prin presiune în zona toracelui, ceea ce face ca respiraţia să fie dificilă şi subiectul se teme că se va sufoca. Mulţi claustrofobici nu se simt bine în camerele în care nu pot deschide fereastra, în încăperi care se află la subsol şi au probleme dacă hainele pe care le poartă sunt prea strâmte.

Deşi unii claustrofobici îşi pierd uneori autocontrolul, acest lucru se întâmplă destul de rar (extrem de rar se întâmplă ca subiectul să se sufoce sau să leşine cu adevărat).

Persoanele care suferă de fobie de înălţime încep să se teamă imediat ce se află la câţiva metri de la nivelul solului. Reacţia se caracterizează prin senzaţia de ameţeală, sentimentul că subiectul „va cădea", că va fi cumva „absorbit în afară", precum şi senzaţia de irealitate. În afara situaţiilor respective subiecţii se comportă normal. Fobia de înălţime poate îmbrăca aspecte foarte diferite, în sensul că unii oameni se tem când se află într-o clădire înaltă, dar nu şi în avion! Unii sunt cuprinşi de teamă doar atunci când se apleacă peste o balustradă, dar pot privi liniştiţi printr-o fereastră închisă.

Există şi unele situaţii când subiectul nu-şi identifică fobia corect. Astfel, cineva poate considera că se teme să folosească liftul, când, de fapt, se teme de înălţime.

Există, de asemenea fobii față de diferite condiții exterioare (de întuneric, de foc, de fulgere, tunete, de căldură, de frig etc.) De pildă, o femeie în vârstă suferea de fobia de căldură, temându-se că va face o congestie cerebrală, fapt ce o făcea să refuze să iasă din casă în lunile de vară.

Fobia de animale sau insecte

Acest gen de fobii se instalează în copilărie și persistă și la vârsta adultă. Cele mai frecvente sunt fobiile de câini, pisici, șoareci, șerpi, păsări, păianjeni, albine, furnici. În cazul acestor fobii, teama se declanșează chiar la simpla vedere a animalului sau chiar a fotografiei acestuia.

Fobiile de a călători cu mijloace de transport: avion, autobuz, tren, metrou implică elemente de claustrofobie, dar uneori ele au la bază o experiență anterioară psihotraumatizantă, cum ar fi, de pildă, un accident de circulație. Unii subiecți se tem să conducă mașina, alții se tem atunci când o altă persoană se află la volan. Reacțiile lor atunci când se află în situația respectivă constau în gânduri negre referitoaare la dezastre posibile, stare de irascibilitate și nervozitate și reacții psihosomaatice, cum ar fi, de plidă, greață sau vomă.

Fobia de boli sau de proceduri medicale

Există persoane care se tem de o boală anume, cum ar fi cancerul, S.I.D.A., bolile venerice, rabia sau bolile cardiace (de pildă, infarct miocardic). Acești subiecți devin foarte atenți la orice modificare corporală care ar putea reprezenta un semn al bolii de care se tem. Aceste fobii se deosebesc de hipocondrie pentru că se referă doar la o anumită boală specifică, și nu la mai multe, ca la hipocondriaci. În spatele acestor fobii se ascunde uneori teama de moarte, dar de cele mai multe ori este vorba de teama de durere fizică, de a deveni infirm și neajutorat sau teama de diformități fizice.

Unii subiecţi prezintă fobie la injecţii, la intervenţii chirurgicale, la explorări funcţionale, analize sau la sânge. Nu de puţine ori astfel de subiecţi leşină atunci când se află într-un cabinet medical.

Fobii cu caracter neobişnuit

Psihologii clinicieni sunt de părere că aproape orice obiect sau situaţie poate declanşa o fobie. Astfel, am tratat cândva un tânăr care suferea de fobie de pene sau fulgi de pasăre.

În literatură se citează cazuri de fobie de flori, copaci, de a scrie, de baloane, de luminile traficului, de a se privi în oglindă etc.

Interesant este faptul că persoanele care suferă de fobii de obiecte sau situaţii pot fi, altfel, persoane puternice, independente şi creative. Faptul că cineva suferă de fobia de înălţime, de pisici sau injecţii nu înseamnă că persoana respectivă este bolnavă psihic.

Literatura de specialitate citează cazuri de personalităţi marcante ale vieţii culturale sau politice care au suferit de fobii diverse. Astfel, Spencer Tracy suferea de fobia de zbor cu avionul, Albert Camus avea fobia de a conduce maşina, Sigmund Freud fobia de a călători, iar Edgar Hoover (directorul F. B. I.), în urma unui accident rutier minor, a căpătat fobia de a sta pe scaunul din stânga al autoturismului (Fensterheim şi Jean Baer, 1977).

Simptomatologia tulburărilor fobice

Lang (1968) distinge:

1. Simptome fiziologice: tahicardie, transpiraţii, tremor, respiraţie accelerată, tensiune sau, dimpotrivă, slăbiciune musculară, furnicături în stomac, senzaţie de greaţă, senzaţie de sufocare etc. Mai ales în agorafobie aceste simptome se asociază cu atacurile de panică (Barlow şi Craske, 1988).

2. Simptome comportamentale: senzaţia că subiectul este „stană de piatră" sau tendinţa de fugă.

3. Simptome subiective: variază de la subiect la subiect şi includ gânduri de tipul: „ar fi putut să mă ucidă", „oamenii sunt

extrem de lipsiți de grijă" și stări afective: jenă, rușine, teamă și furie.

Simptomele fiziologice, comportamentale și subiective pot sau nu să fie asociate.

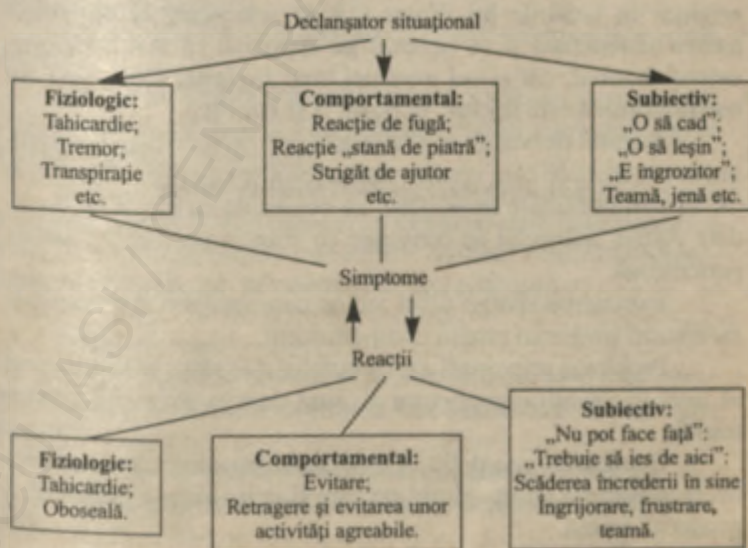
Prin definiție, **fobia** reprezintă o frică disproporționată față de sursa care o produce, iar reacțiile – cum ar fi grija exagerată sau reacția de evitare – sunt inadecvate.

Fobicii reacționează deci în plan fiziologic, comportamental și subiectiv și aceste reacții împiedică dispariția simptomelor. Mai exact, reacțiile mențin problema pentru că sporesc starea afectivă negativă inițială și, chiar mai mult, produc noi simptome, cum ar fi anxietatea anticipativă, aprehensiunea unui pericol și frustrarea.

Reacțiile subiective includ gânduri de tipul: „O să-mi pierd controlul"; „O să leșin"; „Tremur și toată lumea va observa" etc.

În cazul fobiilor persistente care perturbă activitatea cotidiană, subiectul poate dezvolta și o reacție depresivă.

Cercul vicios al anxietății de tip fobic (Butler, 1989)



Evitarea menţine anxietatea pentru că subiectul nu mai învaţă că obiectul sau situaţia care îl sperie nu sunt deloc sau nu sunt atât de periculoase pe cât îşi închipuie. Alţi factori importanţi care întăresc simptomele sunt gândurile negative în legătură cu menţinerea anxietăţii („O să leşin"; „Ceva e în neregulă cu mine") sau în legătură cu anticiparea consecinţelor confruntării cu situaţia fobică („O să mă muşte", „Nimeni nu o să vorbească cu mine" etc.).

Factorii externi, cum ar fi acţiunile celorlalţi care fac anumite lucruri în locul pacienţilor pentru a-i scuti de confruntarea cu stimulii anxiogeni, menţin, la rândul lor, fobia.

În absenţa tratamentului este necesară identificarea exactă a acelor factori (**condiţii**) care menţin simptomul.

Bazele teoretice ale terapiei cognitiv-comportamentale în cazul comportamentului fobic

Psihoterapia cognitiv-comportamentală a fobiilor îşi are originea în lucrările lui Wolpe (1958) referitoare la desensibilizarea sistematică şi se bazează pe supoziţia că atât comportamentul normal, cât şi cel anormal sunt învăţate. Deci, dacă un comportament este învăţat, el poate fi şi dezvăţat.

Această dezvăţare se realizează prin metoda expunerii progresive la stimulii care produc teama (cu alte cuvinte, subiectul, în loc să evite situaţiile anxiogene, se confruntă cu ele în mod gradat). Astfel, subiectul se convinge că situaţia nu e chiar atât de periculoasă.

Expunerea sparge cerul vicios care menţine simptomul şi facilitează învăţarea noului comportament.

Problema principală a terapeutului este să-l ajute pe pacient să intre în situaţii care, pentru el, sunt dezagreabile şi îi produc teamă.

Expunerea este definită ca situaţia în cadrul căreia subiectul se confruntă cu un stimul pe care îl evita înainte pentru că îi producea teamă.

Cercetările întreprinse de Marks, 1981; Emmelkamp, 1982; Mathews, Gelder şi Johnston, 1981, au demonstrat că, pentru a fi eficientă, expunerea trebuie să fie:

– gradată;
– repetată;
– prelungită;
– sarcinile practice trebuie să fie clar precizate.

Aceasta înseamnă că pacientul trebuie să identifice cu precizie toate situaţiile pe care le evită şi să le ordoneze conform unei ierarhii gradate. Prima sarcină trebuie să fie suficient de facilă pentru a fi sigur că pacientul o va îndeplini, dar în acelaşi timp suficient de dificilă pentru a-i provoca oareacare anxietate.

O sarcină trebuie repetată frecvent şi cu regularitate până ce va provoca foarte puţină anxietate sau nu va mai provoca deloc anxietate. Abia după aceasta se poate trece la o nouă sarcină de pe listă.

Exemplu: un pacient cu fobie de păianjeni poate începe prin a examina un păianjen mort aflat într-un borcănel de sticlă. Apoi se poate trece la o sarcină mai dificilă ca, de pildă, să ţină în mână un păianjen mort.

Cu cât fobia este mai complexă, cu atât tratamentul va dura mai mult.

De regulă, terapia durează în medie 8 şedinţe, după care se consideră că pacientul a învăţat suficient pentru a practica singur metoda cu un ajutor minimal.

În toate cazurile pacienţii trebuie învăţaţi să treacă la o nouă sarcină imediat ce s-au acomodat cu cea anterioară (anxietatea s-a redus). Sarcinile anterioare mai trebuie repetate ocazional pe parcurs şi încorporate, pe cât posibil, în viaţa cotidiană.

Interviul clinic

Începe la prima şedinţă şi se continuă pe parcursul tratamentului pentru a furniza informaţii în legătură cu o strategie eficientă şi flexibilă.

Interviul de evaluare are 3 obiective (Butler, 1989):

(1) să determine natura exactă a fobiei şi în ce măsură tratamentul este potrivit;

(2) să definească scopurile tratamentului;

(3) să evalueze nivelul corect al anxietății de tip fobic.

Mulți pacienți vorbesc cu dificultate despre fobiile lor pentru că:

– acestea le trezesc anxietatea;

– pentru că vizita la terapeut îi face să se confrunte cu situații anxiogene reale (a merge la clinică pentru un agorafobic sau a vorbi cu cineva pentru un subiect cu fobie socială);

– pentru că fobiile lor li se par iraționale sau ridicole.

Severitatea se pune în evidență interogând pacientul cu privire la măsura în care fobia sa îl împiedică să-și desfășoare o existență normală.

Se întreabă în felul acesta:

„Ce anume te împiedică fobia ta să faci?"

„Dacă nu ai avea această fobie ce ai face în mod diferit sau cum ar fi viața ta?"

Nu este absolut necesară istoria detaliată a instalării comportamentului fobic, ci este mult mai important să fie cunoscuți factorii care o mențin.

De asemenea, sunt importanți factorii de natură cognitivă:

– gândurile cu privire la situațiile considerate periculoase, îndoielile cu privire la eficiența tratamentului sau cu privire la posibilitatea pacientului de a-l urma;

– interviul trebuie să pună în evidență și faptul dacă mai apar și alte simptome, cum ar fi anxietatea generalizată sau depresia;

– este important de știut dacă pentru pacient este mai comod să trăiască cu fobia sa, decât să lupte împotriva ei.

Întrebarea potrivită în acest caz este următoarea: „Dacă scapi de fobia ta, ce probleme vei mai avea?"

Terapeutul trebuie să se informeze și cu privire la strategiile adaptative pe care le-a folosit înainte pacientul, pentru că unele din acestea pot avea un caracter adaptativ și pot fi încorporate în cadrul tratamentului. (De pildă, pacientul obișnuiește să se gândească la altceva pentru a-și calma anxietatea).

Frecvent, tabloul clinic se complică în cazul abuzului de alcool și tranchilizante, care sunt dificil de abandonat pentru că au

efecte benefice pentru moment, dar produc dependență în perspectivă. Din acest motiv pacientul trebuie să achiziționeze strategii adaptative mai eficiente și fără efecte nocive.

Resursele pacienților vor reprezenta un factor important în evoluția tratamentului. Aceste resurse pot fi:

– tendința de a aborda situații dificile;
– hobby-uri diverse;
– aspecte ale existenței neafectate de comportamentul fobic;
– existența unor rude sau prieteni care să-l ajute;
– particularități ale personalității, cum ar fi perseverența și simțul umorului.

Acești factori pot fi ușor identificați dacă întrebăm pacientul cum a făcut față fobiei sale în trecut.

Indicații nozografice

Majoritatea fobiilor se ameliorează semnificativ în urma tratamentului.

Pacienții cu depresii severe sau cei dependenți de alcool nu vor fi complezenți la tratament decât dacă au primit înainte un tratament corespunzător, de regulă psihiatric.

De asemenea, subiecții cu tulburări de personalitate ridică alt gen de probleme: fluctuații ale motivației, dependență exagerată sau ostilitate față de terapeut. Pentru aceștia tratamentul durează mai mult.

Determinarea obiectivelor terapiei

Deși obiectivul general al terapiei este evident, este important să se discute cu pacientul obiectivele specifice, deoarece acestea pot să nu corespundă cu cele ale terapeutului.

De exemplu, un obiectiv al pacientului care nu concordă cu al terapeutului îl reprezintă așteptarea unor miracole (de exemplu, un pacient cu fobie socială își poate dori să nu mai simtă niciodată anxietate în situații sociale!).

Acordul între pacient și terapeut în privința scopurilor terapiei este absolut necesar pentru ca pacientul să se angajeze plenar în tratament.

Evaluarea comportamentului fobic

Evaluările sunt importante pentru că ne aduc informații cu privire la progresele din cursul tratamentului, ceea ce servește la planificarea, în continuare, a demersului terapeutic.

Cel mai frecvent se utilizează drept măsură a comportamentului fobic scalele ierarhice gradate și testele de comportament.

O scală gradată reprezintă o listă a situațiilor fobice care se utilizează pentru a realiza expuneri gradate.

Fiecare item este evaluat de pacient pe o scală gradată de la 0 la 10 (sau de la 0 la 100), în funcție de nivelul anxietății pe care îl produce. Construirea unei astfel de ierarhii este mai dificilă în practică decât în teorie pentru că nu totdeauna este ușor să gradezi fricile pe o scală cu trepte mici.

Prezentăm mai jos ierarhizarea situațiilor anxiogene pentru fobia de înălțime (Butler, 1989):

	Scor
1. Să privești pe fereastră de la jumătatea palierului	5
2. Să privești de la etajul I pe fereastra închisă.	7
3. Să privești de la etajul I pe fereastra deschisă.	10
4. Să privești pe fereastra apartamentului unor prieteni de la etajul II.	10-20
5. Să privești pe fereastra biroului situat la etajul V.	30-40
6. Să te urci pe o scară pentru a schimba un bec.	40
7. Să mergi pe un pod înalt în apropierea parapetului.	50
8. Să mergi pe o cărare printre prăpastii.	80
9. Să conduci pe o șosea muntoasă cu serpentine.	90
10. Să mergi cu telecabina.	95
11. Să cinezi în turnul Eiffel.	100

Sarcinile comportamentale

Un test comportamental constă în a face o acțiune care, de regulă, este evitată, notând nivelul anxietății tot pe o scală de la 0 la 100.

Prezintă avantajul că se poate evalua separat anxietatea anticipatorie și durata anxietății-simptom în timpul realizării acțiunii. Dezavantajul acestei tehnici constă în aceea că expunerea efectivă are, prin ea însăși, rol terapeutic, fapt ce modifică evaluarea și din acest motiv testele comportamentale nu pot fi aplicate prea frecvent în scop evaluativ.

Automonitorizarea

Ajută pacientul să-și autoevalueze progresele în cursul terapiei, cât și în cadrul temelor pentru acasă.

Jurnalul unui pacient agorafobic (Butler, 1989)

Numele: Ana, M. Data: 12 I 1997
Vârsta: 32 ani
Ocupația: casnică
Sarcină: Să merg în fiecare zi la cumpărături în apropiere. Să merg în oraș o dată, dacă este posibil.

Sarcini zilnice	Anx. anticipatorie	Anx. actuală	Tremorul picioarelor	Medicamente
1. Să merg până la poștă în apropiere.	4	2	+	0
2. Mers la cumpărături la un magazin mai îndepărtat; întoarcere cu autobuzul.	5	2	0	0
3. Mers cu autobuzul în orașul cel mai apropiat și retur. (Am trăit o panică teribilă!).	5	7	++	0
4. M-am simțit îngrozitor. Am stat acasă. Am luat o pastilă. Am mers la alimentara 10 minute	6	4	+	1
5 .Am mers cu autobuzul în orașul vecin împreună cu N. (2 ore).	6	3	0	0

De dată mai recentă sunt evaluările de tip cognitivist, şi anume gândurile negative sau predicţii în legătură cu ce crede că se va întâmpla dacă va fi în situaţia X. De pildă, anxietatea mea va creşte la 7, pe o scală de la 0 la 10, şi nu voi fi capabil să rămân acolo mai mult de un minut).

Subiectul trebuie interogat şi după ce s-a confruntat cu situaţia propriu-zisă, pentru a vedea dacă expectanţele sale s-au confirmat, pentru că aceste expectaţii au un caracter catastrofizant („O să leşin"; „Toţi vor râde de mine"; „Am să înnebunesc").

Psihoterapia propriu-zisă (Butler, 1989)

La începutul terapiei trebuie să li se explice pacienţilor modul în care se formează simptomele şi cum se stabilizează cercul vicios. Astfel, unui pacient agorafobic i-a fost prea cald şi i s-a făcut rău în metroul care îl ducea la serviciu. În ziua următoare când s-a urcat în metrou a fost cuprins de teama să nu i se facă rău din nou. A început să evite mersul cu metroul şi reacţia de evitare a contribuit la fixarea anxietăţii. Treptat, el a început să dezvolte anxietate anticipativă şi şi-a convins soţia (soţul) să-l ducă la serviciu cu maşina (anxietate anticipativă → reacţie de evitare şi feedback).

În felul acesta, comportamentul celorlalţi menţine reacţia de evitare a pacientului. I se explică pacientului că scopul tratamentului este spargerea cercului vicios.

Şedinţele de psihoterapie trebuie însoţite de fiecare dată de teme pentru acasă. Doar pacientul este cel care trece de la o treaptă la alta, iar terapeutul trebuie să-i reamintească faptul că la început se va înregistra o creştere a anxietăţii, iar pentru succesul terapiei este nevoie de perseverenţă şi curaj. Terapeutul trebuie, de asemenea, să adreseze încurajări pacientului.

În practică nu este atât de simplu să realizezi o expunere gradată şi din acest motiv este nevoie de multă creativitate din partea terapeutului şi pacientului.

Strategii

1. Dacă fobia este clar delimitată (de exemplu: fobie de animale sau de o anumită boală), se pot utiliza diverse forme de comunicare: pacientul va fi solicitat să citească, să scrie sau să vorbească despre problema respectivă.

2. O altă strategie constă în a identifica factorii care tind să modereze nivelul anxietății trăite (de exemplu, trăirea unei situații sociale poate avea grade diferite de dificultate în funcție de numărul de persoane prezente, vârstă, sex și grad de autoritate în raport cu pacientul sau în funcție de factori situaționali, cum ar fi gradul de formalism al situației, momentul din zi sau alte condiții ale ambianței).

Practica expunerii progresive nu este numai anxiogenă, ci și plicticoasă. O varietate mai largă de sarcini sporește motivația, încrederea, cât și probabilitatea ca progresele în ceea ce privește un aspect al fobiei să se generalizeze și la alte aspecte.

Terapeutul trebuie să-l ghideze pe pacient să găsească modalitatea de a se apropia de stimulii anxiogeni și să depășească manevrele subtile de evitare a acestora (de exemplu, „Mai bine stau azi acasă pentru că poate veni instalatorul"). În astfel de situații trebuie să-și exprime clar punctul de vedere: „Fii atent la trăirile tale! Nu vezi că de fapt eviți să faci un anumit lucru? Mai bine încearcă să te gândești cum ai putea să faci ceea ce ți se cere".

1. Sarcinile nu pot fi totdeauna clar specificate de la început, repetate sau gradate identic pentru că situațiile fobice sunt variate și uneori imprevizibile (astfel, nu putem ști totdeauna cine va veni la o petrecere).

O modalitate de a depăși această situație constă în a nu menține o ierarhie rigidă și în a practica o varietate de sarcini în aceeași săptămână. Aceasta le dă pacienților posibilitatea să opteze pentru exersarea anumitor situații asupra cărora ei pot exercita un autocontrol minimal, cum ar fi, de pildă, să pună întrebări, să asculte cu atenție sau să utilizeze semnale de comunicare nonverbală (pentru fobie socială).

2. Unele situații, cum ar fi, de pildă, adresarea unei cereri sau semnarea unui cec, nu pot fi prelungite, pentru că pacientul nu

poate rămâne în situaţie până ce anxietatea se reduce. Cu toate acestea, astfel de situaţii pot fi utile ca sarcini de expunere datorită efectelor cognitive: neconfirmarea expectaţiilor pacientului că va fi rejectat sau că va părea ridicol.

3. Mulţi pacienţi fobici afirmă că au încercat propria lor variantă de expunere la stimuli anxiogeni, dar fără succes.

Trebuie să li se explice faptul că una din cauzele eşecului a constat în aceea că ei nu au fost pe deplin implicaţi în situaţie (un fel de neatenţie datorată anxietăţii excesive).

Pacienţilor trebuie să li atragă atenţia că e absolut necesar să se gândească la ceea ce fac atunci când realizează exerciţiile propuse.

Deşi terapia trebuie adaptată specificului pacientului, de regulă, fobicii sunt trataţi individual în şedinţe de 45 de minute, în care se trec în revistă progresele şi se planifică sarcinile de expunere progresivă, care se realizează în afara şedinţelor.

Antrenarea în terapie a unui prieten sau rudă care să încurajeze motivarea sau să sfătuiască pacientul s-a dovedit o metodă bună pentru agorafobici (Mathews şi alţii, 1981).

Rezultate pozitive şi durabile au fost obţinute în aproximativ cinci şedinţe de psihoterapie.

a). Expunerea reală („in vivo")

Un obiectiv major al tratamentului este să furnizeze pacientului încrederea că poate face faţă unor situaţii pe care înainte le evita. Din acest motiv se pune un accent deosebit pe temele pentru acasă. Cu toate acestea s-a dovedit util şi ca terapeutul să însoţească pacientul în momentul expunerii. Acest fapt contribuie la reducerea anxietăţii şi contribuie la parcurgerea mai rapidă a ierchiei stimulilor anxiogeni.

Pericolul constă în aceea că pacientul se va baza mai mult pe terapeut decât pe sine însuşi. Din acest motiv, pacientul este sfătuit să lucreze şi independent şi să renunţe să mai fie însoţit de terapeut înainte de încheierea tratamentului.

Terapeutul poate grada expunerea „in vivo" împreună cu pacientul: la început îl poate însoţi într-o călătorie cu metroul,

apoi poate călători în vagonul vecin și în cele din urmă îl poate aștepta la sosire în stație.

b). Expunerea în plan imaginativ

În unele cazuri, cum ar fi, de pildă, fobia de zbor cu avionul, este dificil de organizat expuneri „in vivo". În astfel de cazuri, clientul va învăța o tehnică de relaxare sau de autohipnoză și, după ce o va stăpâni foarte bine, se va confrunta în plan mental cu diverse situații anxiogene, a căror ierarhie a fost stabilită în prealabil împreună cu terapeutul.

c). Terapia de grup

Asemănările dintre diferiți pacienți fobici îi fac pe aceștia potriviți și pentru terapia de grup. Membrii grupului sunt adesea capabili să-și împărtășească unul altuia ideile despre strategiile de a face față situațiilor anxiogene.

Expunerea în grup se poate realiza sub forma unei ieșiri colective la cumpărături, pacienții deplasându-se individual sau în perechi în conformitate cu nevoile lor.

Se recomandă trei ședințe pe săptămână, fiecare ședință durând o jumătate de zi, acestea fiind suficiente pentru a obține un progres vizibil pentru ca pacienții să dorească să lucreze în continuare singuri, cu sprijin minimal.

Strategii utilizate de subiecți pentru a face față existenței, în ciuda fobiilor lor

Marea majoritate a subiecților care suferă de asemenea probleme reușesc să-și aranjeze astfel viața încât să facă față acesteia, deși suferă de fobia respectivă.

De pildă, Marina, o femeie atrăgătoare, de aproximativ 40 de ani, patroana unei edituri, suferea de fobie de înălțime, a cărei origine nu o cunoștea. Ea spunea adesea că și-a petrecut copilăria într-un orășel de provincie și că nu este obișnuită cu blocuri înalte. Firma la care este patroană se află la etajul 4 al unui bloc, iar ea

şi-a aranjat astfel biroul încât să nu poată privi pe fereastră, care rămâne în permanenţă cu draperiile trase, încăperea fiind iluminată artificial. Marina are mari probleme când trebuie să meargă la „Casa Presei Libere" sau la vreo bancă aflată într-o clădire înaltă. Ea este cuprinsă de panică mai ales dacă încăperile au geamurile mari. Dacă merge în concediu sau în delegaţie, alege totdeauna o cameră care se află la etajul I.

Recent, Marina a fost invitată în Statele Unite, în oraşul New York, unde a avut mari probleme cu camera de hotel şi mai ales cu o recepţie care a avut loc pe terasa unui „zgârie-nori". Deşi dorea din tot sufletul să întâlnească o anumită persoană care putea sponsoriza editura pe care o conducea, Marina nu a fost capabilă să rămână la recepţie mai mult de 10 minute, pentru că se simţea ameţită, mâinile îi transpirau şi avea senzaţia că se prăbuşeşte.

Această pacientă obişnuia să utilizeze următoarele strategii adaptative:

1. Strategia creativă de evitare a situaţiilor anxiogene.

Deoarece pacienta avea o orientare activă în raport cu existenţa, ea izbutea să se descurce astfel încât să evite să ajungă la etajele superioare ale unor clădiri: făcea rezervări la etajul 1 al unor hoteluri, organiza întâlniri în restaurante sau cafenele care se află la parter, evita să viziteze prietenii care stăteau la etajul 9 sau 10.

2. Abordarea directă a situaţiei care produce fobia.

Atunci când se află în imposibilitatea de a evita să urce la etajele superioare ale unei clădiri, Marina găseşte metode de a-şi minimiliza teama: roagă pe cineva s-o însoţească, utilizează alcool sau tranchilizante.

3. Activarea relaţiei disconfort-dorinţă.

Atunci când motivaţia este puternică, unii subiecţi de acest tip pot face o excepţie, depăşind disconfortul şi expunându-se situaţiei anxiogene. De pildă, Marina a reuşit să urce la ultimul etaj al Spitalului Municipal atunci când mama ei se afla acolo.

Înainte de a începe terapia, este de dorit ca subiectul să-şi analizeze propriul model de comportament de evitare şi de a face faţă fobiei sale, răspunzându-şi la următoarele întrebări:

• Ce acțiuni specifice ați întreprins sau întreprindeți pentru a minimaliza expunerea la situațiile care vă sperie?

• Atunci când vă aflați deja în situația respectivă ce anume faceți pentru a vă simți mai bine? Recurgeți cumva la strategii de „fugă", cum ar fi alcoolul sau medicamentele?

• În ce condiții sunteți capabil să vă depășiți teama și să vă expuneți situației care vă sperie?

Mulți oameni sunt conștienți de natura fobiilor lor: au rămas în copilărie blocați în lift, au fost mușcați de câini sau au scăpat cu viață dintr-un incendiu. Cu toate acestea, terapeuții comportamentaliști sunt de părere că tratamentul poate fi încununat de succes și în cazul în care natura exactă a fobiei rămâne necunoscută.

Mai mult, acești terapeuți consideră că, în unele cazuri, cunoașterea cauzei declanșatoare a fobiei poate chiar s-o amplifice, deoarece subiectul evocă mereu în minte trauma la care a fost expus.

Psihoterapia fobiei de obiecte și situații concrete

Studiile au arătat că metoda desensibilizării sistematice dă rezultate în acest tip de fobii în proprorție de 80 – 90% din cazuri (Fensterheim și Jean Baer, 1977).

Desensibilizarea sistematică „in vivo" (în realitate)

Este mai indicat, atunci când acest lucru este posibil, să se înceapă cu exercițiile reale de desensiblizare pentru fobiile de obiecte și situații. Acestea sunt atât de concrete încât este relativ facil de elaborat o ierarhie a situațiilor anxiogene. În același timp, expunerea efectivă la situațiile care îl sperie pe subiect elimină o etapă a terapiei, pentru că în cazul în care se începe cu desensibilizarea în plan imaginativ se trece apoi la desensibilizarea în viața reală. Mai mult, stăpânirea unei situații reale îi conferă subiectului o satisfacție mai mare și mai multă încredere în sine.

Pentru a realiza o ierarhie corectă a situațiilor anxiogene este indicat ca terapeutul să cunoască bine zonele în care se mișcă pacientul pentru a alege, pentru început, situații mai ușoare la care să se realizeze expunerea.

Mihai, preparator la o catedră universitară, suferea de fobie de înălțime. Reacțiile sale de panică începeau chiar de la etajul trei al unui bloc, acesta având senzația că va cădea.

La începutul terapiei i s-a recomandat să urce la etajul trei și să rămână un timp acolo, terapeutul indicându-i se aleagă un bloc fără ferestre în zona scărilor. Într-o etapă mai avansată i s-a cerut să rămână la etajul trei lângă fereastră și să se relaxeze până când tensiunea dispare. Apoi el a avut sarcina să stea la etajul 5 lângă o fereastră deschisă, relaxându-se până la reducerea anxietății. Treptat, el a practicat aceleași sarcini la etajele 7, 8, 9 și 10, până când a reușit să se elibereze de fobia sa.

În desensibilizarea reală se utilizează frecvent și materiale auxiliare vizuale (poze cu câini, șerpi, păianjeni etc.), acestea putând fi intercalate în cadrul ierarhiei de stimuli la care trebuie să se expună subiectul.

De asemenea, în cadrul acestui tip de desensiblizare se recomandă pacientului să facă apel la rude sau prieteni, care să-l susțină pe parcursul tratamentului.

Aceștia pot ajuta la eficiența tratamentului în următoarele moduri:

– pot contribui la procurarea unor obiecte de care pacientul se teme și cu ajutorul cărora acesta va realiza exercițiile de desensibilizare (poze cu șerpi, ace de seringă etc.);

– pot acompania pacientul în timpul exercițiilor de expunere sistematică la situațiile de care se teme (de pildă, pot merge cu metroul împreună cu acesta);

– pot încuraja pacientul realizând aprecieri pozitive în legătură cu modul în care acesta a depășit o etapă sau alta a terapiei.

Dezavantajul tehnicii desensibilizării „in vivo" constă mai ales în faptul că aceasta consumă prea mult timp și este costisitoare sub aspect financiar și uneori expunerea este chiar imposibilă (de pildă, nu putem „face rost" de tunete și fulgere atunci când dorim să desensibilizăm pe cineva de astfel de fobie.) De asemenea, unii autori au arătat că pentru unii subiecți această tehnică este prea anxiogenă, producând uneori reacții paradoxale.

Desensiblizarea în plan imaginativ

Acest tip de desensibilizare are avantajul că subiectul poate reproduce mental orice situație dorește. Astfel, dacă acesta are fobia de a călători cu avionul, el nu va fi nevoit „să exerseze", să călătorească efectiv, cheltuind o mulțime de bani.

Mai mult, în situațiile imaginare subiectul se pregătește pentru o situație reală, cu care nu se poate confrunta în mod frecvent.

Expunerea în plan imaginativ trebuie să fie tot gradată, ca și expunerea reală, iar cele două strategii trebuie combinate, pe cât posibil.

Un pacient cu fobie de zbor cu avionul trebuie să repete secvența de zbor în imaginație, dar el va avea de câștigat dacă va vorbi și va citi despre zborul cu avionul, va face vizite la aeroport și bineînțeles dacă va putea efectua o călătorie cu avionul.

Expunerea în plan imaginativ este relativ dificil de realizat de pacient singur, acesta trebuind să fie ghidat de terapeut.

Procedura standard constă în a solicita pacientul să-și imagineze, în stare de relaxare, unul din itemii ierarhiei de stimuli anxiogeni. Pacientul trebuie să realizeze o imagine suficient de vie pentru a-i produce anxietate, să-și imagineze respectiva situație cu cât mai multe detalii până când anxietatea dispare.

Itemii trebuie repetați în plan imaginativ până când provoacă puțină anxietate și abia atunci se poate trece la itemul următor.

Metoda combinată (desensibilizarea în plan imaginativ și apoi în realitate)

1. Elaborați ierarhia de situații care vă produc teamă, de la cea mai puțin anxiogenă până la cea mai anxiogenă.

Vă veți antrena pentru a vă familiariza cu ele întâi în plan imaginativ și apoi în plan real.

2. Dacă în lista cu situații tot mai anxiogene există unele goluri, respectiv există situații pe care nu le puteți găsi ușor în realitate, uilizați scene imaginare.

Astfel, dacă un subiect suferă de fobia de a călători cu mijloacele de transport în comun, el poate exersa în plan real călătoria cu autobuzul sau metroul, dar îi va fi ceva mai greu să exerseze călătorii cu trenul şi mai ales cu avionul.

3. Exersaţi fiecare item din ierarhie întâi în imaginaţie şi abia după ce anxietatea dispare atunci când se realizează evocarea în plan mental a expunerii la situaţiile care vă sperie treceţi la abordarea lor în plan real.

Exerciţiile de desensibilizare în plan real trebuie să se situeze cu 2 – 3 trepte în urma celor realizate la nivel de antrenament mental. Dacă subiectul are dificultăţi să realizeze expunerea reală, el trebuie să reia situaţia respectivă şi să lucreze mai mult asupra ei în imaginaţie.

Terapeutul trebuie să aibă în vedere următorii factori care afectează progresul terapiei:

a) Factori care au avut influenţă în trecut:

– criticile frecvente;

– şocurile emoţionale (de exemplu, subiectul era cât pe ce să cadă de pe o stâncă).

Atâta timp cât evenimentele trecute nu afectează îndeplinirea sarcinilor prezente, ele pot fi ignorate (de exemplu, poate merge la magazin pentru cumpărături.)

Problemele trecute menţin focalizarea pe simptom şi reduc şansele de reuşită. În astfel de cazuri terapeutul trebuie să pună accentul în discuţiile cu pacientul pe succesele acestuia şi să sublinieze aspectele pozitive ale diverselor situaţii.

Este, de asemenea, util să ceară pacientului să scrie despre succesele sale.

b) Factori care afectează starea prezentă:

– hipervigilenţa: anxioşii au un prag scăzut de percepere a ameninţării. Hipervigilenţa este neproductivă şi menţine simptomul (un subiect cu fobie de zbor cu avionul va detecta toate ştirile referitoare la catastrofele aeriene). În astfel de cazuri este utilă relaxarea sau o tehnică de distragere;

– interpretările greşite: anxioşii au tendinţa de a interpreta evenimentele, mai ales cele ambigue, într-un mod ameninţător

(Butler și Mathews, 1983). De pildă, când un agorafobic simte că i se moaie picioarele el crede că va leșina sau când un prieten nu-i răspunde la telefon un subiect cu fobie socială consideră că a fost respins.

În asemenea situații aceste interpretări trebuie identificate și găsite explicații alternative, care urmează să fie testate în timpul expunerii.

Astfel, o agorafobică nu mai simte că i se moaie picioarele când vorbește cu o prietenă. Deci ea poate ajunge la concluzia că această senzație este mai curând un semn de anxietate decât un indicator că își va pierde cunoștința.

Este important ca pacienții să ajungă să-și găsească singuri explicații alternative pentru a învăța cum se realizează acest lucru, deși în fazele inițiale ale psihoterapiei e bine ca terapeutul să ofere sugestii.

c) Factori care afectează starea viitoare:

Pacienții fobici prezintă frecvent modele de gândire produse de anxietatea anticipatorie: „Nu numai că voi rămâne închis în lift, dar nu se va găsi nici o persoană care să mă scoată".

Acest model cognitiv afectează și evoluția terapiei: „Nu numai că tratamentul va fi dificil, dar nici măcar nu mă va ajuta".

Factorul perturbator trebuie identificat, formulat în termenii pacientului și destructurat prin intermediul testării în sfera comportamentală.

Aspecte cognitive specifice fobiilor

Mai ales fobiile sociale implică numeroase elemente cognitive, respectiv gânduri legate de faptul că subiectul este criticat, evaluat, rejectat.

În cazul agorafobiei apar mai ales gânduri legate de faptul că subiectul va leșina sau că își va pierde autocontrolul. Se pun pacientului întrebări de tipul: „Când te simți speriat, la ce te gândești?"; „Care este cel mai rău lucru care crezi că se poate întâmpla?".

Nu întotdeauna este indicată expunerea la situația cu aspectul cel mai negativ. De pildă, în cazul unui pacient cu fobie socială

expunerea la o evaluare negativă este dificil de aranjat şi traumatizantă.

Mai utilă este găsirea unei situaţii în cadrul căreia poate apărea o evaluare negativă a subiectului, dar în cadrul căreia frica de cel mai rău lucru care se poate întâmpla să fie infirmată.

Factorii cognitivi pot împiedica pacientul şi să se implice în tratament, nu numai să întârzie evoluţia acestuia

Metode adiţionale de tratament

Tehnici privind controlul anxietăţii.

În general, pentru a fi eficiente tehnicile de expunere trebuie să producă anxietate. Cu toate acestea, reducerea anxietăţii în anumite limite contribuie la formarea deprinderilor de autocontrol la pacienţii fobici.

Pacienţii care îşi pot controla până la un anumit nivel simptomul vor progresa mai rapid în ierarhia stimulilor tot mai anxiogeni, vor fi mai capabili să facă faţă anxietăţii anticipatorii şi să aplice deprinderile achiziţionate când se vor simţi anxioşi în viitor. Aceste metode sunt:

a) Relaxarea – se potriveşte cu precădere pacienţilor cu simptome somatice ale anxietăţii (dar nu numai acestora);

b) Încordarea dirijată este recomandată mai ales subiecţilor cu fobie de sânge, care înregistrează un model particular de simptome. Iniţial se înregistrează o creştere a tensiunii arteriale, urmate de o scădere rapidă, care se încheie frecvent cu leşin.

În astfel de situaţii o încordare voluntară a muşchilor braţelor, picioarelor şi toracelui va preveni căderea de tensiune şi leşinul.

Ost şi Sterner (1987) propun în astfel de situaţii următoarea schemă de tratament: la început, subiecţii învaţă prin metoda modelării şi prin practică să-şi încordeze voluntar musculatura pentru 10-15 secunde şi apoi să revină la starea normală. Apoi ei sunt expuşi gradat la o serie de stimuli: pot urmări accidente unde se vede sânge. Ei sunt învăţaţi să detecteze primele semne de

scădere a tensiunii și să le oprească prin intermediul încordării musculare.

c) Tehnica distragerii. A acorda atenție simptomelor produse de anxietate nu face decât să perpetueze cercul vicios. Distragerea poate inversa acest proces.

Tehnica este utilă ca strategie pe termen scurt, dar este nefolositoare pe termen lung, mai ales când subiectul o folosește ca să evite simptomele sau angajarea în cadrul tehnicii expunerii. Distragerea implică îndreptarea atenției spre stimuli exteriori (de exemplu, să descrie mobilierul din cameră).

d) Identificarea gândurilor negative și găsirea unor gânduri alternative.

e) Jocul de rol se folosește mai frecvent în tratamentul fobiilor sociale, acesta putând fi considerat ca o tehnică de expunere (de exemplu, tehnicile psihoterapiei asertive pentru pacienții care au dificultăți să-i refuze pe ceilalți).

Problema în aceste cazuri este că pacientul nu poate fi asertiv fără să fie agresiv. În astfel de cazuri se repetă diverse variante de răspuns până când pacientul descoperă comportamentul adecvat.

Tehnica se aplică simplu, după modelul: „Să presupunem că eu sunt șeful tău. Arată-mi cum i te-ai adresa dacă i-ai cere să-ți schimbe programul".

Inversarea rolurilor îl poate face pe pacient conștient de efectele comportamentului nonasertiv al altora și de avantajele de a fi mai asertiv.

A privi caseta video pe care este înregistrat comportamentul pacientului îi poate demonstra acestuia faptul că starea sa subiectivă este mai rea decât comportamentul vizibil în exterior.

f) Tehnica repetiției (antrenamentului) reprezintă un mod prin care subiectul se pregătește pentru expunere.

Mulți fobici susțin că în mintea lor se face un gol când sunt confruntați cu obiectul fobiei lor sau când sunt cuprinși de panică.

Tehnicile pentru a face față anxietății intense trebuie repetate mental. Subiectul este învățat să repete întrebările pe care le

va adresa sau subiectele despre care va vorbi într-o situaţie socială. Se poate face repetiţia, de pildă, pentru vorbitul în public.

g) Modelarea este o tehnică indirectă, prin intermediul căreia terapeutul demonstrează pacientului cum să se apropie de obiectul fobiei sale (de exemplu, un şarpe).

h) Medicaţia anxiolitică. Efectul benefic al expunerii este redus de medicaţia anxiolitică pentru că pacientul pune starea de calm care se instalează în prezenţa obiectului fobiei pe seama tratamentului şi nu pe seama propriilor sale acţiuni.

Cu toate acestea, sunt cazuri în care medicaţia anxiolitică este utilă când se ivesc situaţii pentru care pacientul nu a avut timp să se pregătească.

Utilizarea sistematică a tranchilizantelor trebuie însă descurajată, pe cât posibil.

Fobiile sociale

Fobiile sociale reprezintă cele mai mascate şi cele mai dificil de identificat tipuri de fobii. Aceste fobii pot să guverneze şi chiar să distrugă viaţa unei persoane.

Adesea, suntem conştienţi de faptul că viaţa este plină de dificultăţi şi obstacole, că trebuie să luptăm cu acestea, să fim fermecători, asertivi, luptători şi, deşi ştim bine aceste lucruri, suntem timizi, nesiguri, permanent depăşiţi de ceilalţi, iar existenţa noastră este lipsită de relaţii calde şi apropiate.

De cele mai multe ori punem aceste probleme pe seama unor conflicte de natură inconştientă nerezolvate, conflicte care îşi au originea în copilărie (probabil sub influenţa lecturilor de psihanaliză) sau pe seama defectelor altor persoane.

Cu toate acestea, multe din problemele menţionate (desigur, nu toate) nu sunt altceva decât forme mascate de fobii sociale.

Prezentări de cazuri

Nelu este un bărbat singuratic, cu foarte puţini prieteni şi cu foarte puţine întâlniri. Rareori este invitat undeva, dar, de regulă,

nu acceptă invitația. La primele petreceri la care a participat totuși a fost capabil să susțină o conversație interesantă, dar numai atunci când o altă persoană a inițiat discuția.

Nelu recunoaște sincer că nu se duce la întâlniri și refuză invitațiile pentru că îi este teamă că ar putea fi respins de ceilalți.

Această situație nu reprezintă altceva decât un caz de fobie socială, subiectul evitând sistematic orice situație în care ar putea să apară pericolul de a fi respins de ceilalți.

Mariana are, în schimb, o viață socială foarte activă. Problema ei este că nu poate realiza o relație satisfăcătoare cu un bărbat. Modelul ei de comportament este următorul: întâlnește un bărbat liber, se întâlnește frecvent cu acesta și, la scurt timp, cei doi ajung să trăiască împreună, dar în 2-3 luni relația se deteriorează și se rupe. Mariana suferă câteva săptămâni de tulburări depresive și anxietate, după care începe o nouă relație și ciclul se repetă. Mariana este conștientă de faptul că atunci când este singură este foarte nervoasă și tristă. Ea își amintește mereu de singurătatea ei de copil unic, de care părinții nu se interesau.

Problema Marianei este fobia de singurătate, care o determină să ducă o viață instabilă și o aruncă în relații nefericite cu bărbații. Aceste relații se termină prost, deoarece pentru ea bărbații nu reprezintă parteneri, prieteni sau iubiți, ci doar mijloace de a scăpa de singurătate; pe o astfel de bază nu se poate construi o relație solidă.

Fobiile sociale, ca și celelalte tipuri de fobii, declanșează modelul automat al comportamentului de evitare. Dacă respectiva situație nu poate fi evitată, subiectul devine supraîncordat și anxios.

Există însă și unele diferențe între fobiile obișnuite și fobiile sociale.

• Astfel, așa cum am mai subliniat, fobiile sociale sunt mascate și, de regulă, mai dificil de identificat.

• Fobiile sociale produc, în afară de reacția specifică de teamă, și o serie de stări afective supraadăugate, cum ar fi: culpabilitate, furie, resentimente sau depresie. Toate aceste trăiri afective produc reacții de evitare, fugă sau uneori chiar reacții agresive.

• Pentru că obiectul fobiei sociale sunt oamenii şi nu obiecte sau situaţii, aceştia vor reacţiona, la rândul lor, la comportamentul subiectului, fapt ce complică şi mai mult situaţia, conducând la fenomenul „profeţiei împlinite".

De exemplu, o persoană care se teme să fie respinsă nu interacţionează cu ceilalţi, iar aceştia încetează să fie interesaţi de ea; rezultatul este că persoana respectivă este respinsă. Starea de disconfort pe care o trăieşte subiectul cu fobie socială se transmite şi celorlalţi, care ajung să nu se mai simtă bine în compania acestuia.

Caracteristica esenţială a fobiei sociale constă, aşadar, în teama subiectului de a fi evaluat negativ de ceilalţi, care îi vor critica performanţele. Termenul de performanţă are aici un sens foarte larg şi se referă la autocontrolul emoţional sau la executarea unor sarcini de rutină, cum ar fi mâncatul, vorbitul în public sau chiar semnarea unor documente în prezenţa altor persoane.

Pacientul care suferă de fobie socială este convins că se va comporta într-un mod inacceptabil şi că acest lucru va atrage respingerea din partea celorlalţi şi diminuarea stimei de sine.

Fobia socială este definită în cadrul Manualului D.S.M. IV ca fiind teama puternică şi persistentă de situaţii sociale sau care presupun realizarea unor performanţe şi în care persoana se poate simţi stânjenită.

Diagnosticul de fobie socială se acordă doar atunci când expunerea subiectului la situaţia respectivă provoacă apariţia imediată a unei anxietăţi puternice, care perturbă în mod semnificativ desfăşurarea activităţilor cotidiene, sfera ocupaţională şi viaţa socială şi creează persoanei un puternic disconfort psihic.

Subiectul în cauză va avea tendinţa să evite situaţiile sociale, iar dacă acest lucru nu este posibil, le va suporta cu mare dificultate. La mulţi subiecţi cu fobie socială pot să apară şi atacuri de panică în cazul expunerii la situaţia socială sau la anticiparea acesteia.

Aflaţi în situaţiile sociale de care se tem, subiecţii respectivi se vor simţi stânjeniţi, se vor comporta ciudat, iar ceilalţi îi vor aprecia ca fiind anxioşi, slabi, nebuni sau proşti.

Pacienții se pot teme să mănânce în public pentru a nu le tremura mâinile, se tem că se vor bâlbâi sau că se vor înroși și cei din jur vor observa acest lucru.

Manualele D.S.M. III și D.S.M. IV descriu o variantă specială de fobie socială, caracterizată prin extinderea fricilor la majoritatea situațiilor sociale, subiecții din această categorie fiind caracterizați printr-un accentuat deficit la nivelul abilităților sociale și printr-o dezadaptare mult mai accentuată.

Nu se acordă diagnosticul de fobie socială în cazul în care problemele respective au la bază o infirmitate fizică sau o afecțiune psihică (de pildă, teama de a mânca în public a pacienților cu anorexie nervoasă).

Principalele tipuri de fobii sociale (Fensterheim și Baer, 1977)

1. Fobia de a fi privit. Subiecții care suferă de această fobie au impresia (adesea, fără o bază reală) că ceilalți îi privesc insistent și aceasta le provoacă teama.

De pildă, în timpul unei conversații într-un grup, persoana respectivă face o remarcă, ceilalți o privesc și aceasta se simte stânjenită și încetează să mai vorbească. Într-o etapă ulterioară se instalează reacția de evitare, în cadrul căreia subiectul caută să minimalizeze posibilitatea de a fi privit și din acest motiv nu mai participă la conversație. În forme mai avansate, subiectul se ascunde prin colțuri sau în spatele unui ziar. Acest gen de fobie are drept consecință teama de a vorbi în public.

2. Teama legată de faptul că ceilalți își vor da seama că individul este nervos.

De regulă, această fobie are un conținut precis pentru că subiectul își manifestă nervozitatea prin manifestări neurofiziologice, cum ar fi tremorul mâinilor sau al vocii, paloare sau roșeață. De teama că ceilalți vor observa acest lucru, individul refuză mai ales invitațiile unde se servește ceva de băut pentru că este convins că ceilalți vor remarca faptul că îi tremură mâinile

când ia ceaşca de cafea şi că inevitabilul se va produce: cineva îl va întreba de ce este atât de nervos.

3. Teama că subiectul va fi „prins" într-o relaţie apropiată.

Persoanele care suferă de această fobie raţionalizează frecvent situaţia lor, spunându-şi „nu doresc să-mi asum vreo responsabilitate" sau „dacă mi se întâmplă aceasta nu voi mai putea face ceea ce vreau eu să fac" etc.

Fensterheim şi Jean Baer (1977) consideră că aceasta reprezintă un fel de generalizare a claustrofobiei la relaţiile sociale, în sensul că subiectul generalizează teama de a fi prins în capcană şi la situaţiile sociale.

4. Teama (fobia) de a fi „descoperit".

Persoana se teme de faptul că dacă ceilalţi îşi vor da seama de particularităţile personalităţii sale (vor ghici cum este el cu adevărat) îl vor respinge. Unii indivizi nici măcar nu sunt conştienţi de acele particularităţi care i-ar putea face pe ceilalţi să nu-i agreeze, în timp ce altora respectivele trăsături le sunt clare („ei vor descoperi că sunt prost, incult, plictisitor sau rău".) Acest gen de fobie conduce la evitarea relaţiilor apropiate cu ceilalţi.

5. Fobia de sentimente negative.

În această categorie intră tot felul de fobii care pot influenţa întregul stil de viaţă al subiectului. Cel mai frecvent se întâlneşte teama de reacţia de furie sau critică. Subiectul se teme să exprime astfel de sentimente sau/şi de faptul că alţii ar putea exprima astfel de sentimente faţă de el. Acest gen de fobie poate îmbrăca un aspect general sau particular, incluzând figuri învestite cu autoritate, reprezentanţi ai sexului opus sau persoane apropiate.

6. Teama (fobia) de singurătate (de a întreprinde o acţiune singur).

Această fobie este asociată frecvent cu tendinţa de izolare şi cu dispoziţia depresivă. Frecvent, ea îmbracă forma unei stări de disconfort, fără a se ajunge la o stare afectivă intensă. De pildă, persoana ar dori să iasă undeva la sfârşit de săptămână, dar nu găseşte pe nimeni s-o însoţească, fapt ce îi produce o stare de disconfort difuz. În loc să iasă singur, individul preferă să rămână acasă şi acest lucru îi accentuează depresia.

7. Fobia (teama) subiectului că nu va putea comunica cu ceilalți include:

• Fobia că ceilalți nu îl agreează pe subiect. Aceasta este poate cea mai răspândită fobie cu caracter interpersonal și are un caracter deosebit de destructiv. Adesea, când ceilalți nu ne plac, avem tendința să reacționăm prin intermediul unor sentimente de culpabilitate exprimate astfel: „Probabil că am făcut ceva rău" sau „Este ceva în neregulă cu mine".

Pentru a evita astfel de situații subiectul se străduiește permanent să fie o persoană drăguță și amabilă, renunțând să mai fie el însuși. În felul acesta, el își reprimă dorințele și tendințele, nu luptă pentru drepturile sale și ajunge uneori chiar să renunțe la demnitatea sa. Consecințe foarte asemănătoare le produce și teama de a nu-i lovi pe ceilalți.

• Teama de a părea ridicol.

Unii subiecți sunt cuprinși de panică la gândul că ar putea face un lucru pe care ceilalți l-ar putea considera ridicol și adesea persoana în cauză se judecă mult mai aspru decât o fac cei din jur. Pentru că orice ar putea spune sau face un individ poate părea ridicol pentru cineva, acesta va tinde să evite tot mai mult să se manifeste în public, devenind tot mai inhibat. Astfel, acesta își va inhiba orice pornire creativă, se va refugia în convențional, transformându-se într-o persoană plată și plicticoasă.

Foarte apropiată de această fobie este și teama de a nu greși, consecințele ei fiind asemănătoarea cu ale fobiei de ridicol.

• Teama de a fi rejectat (respins).

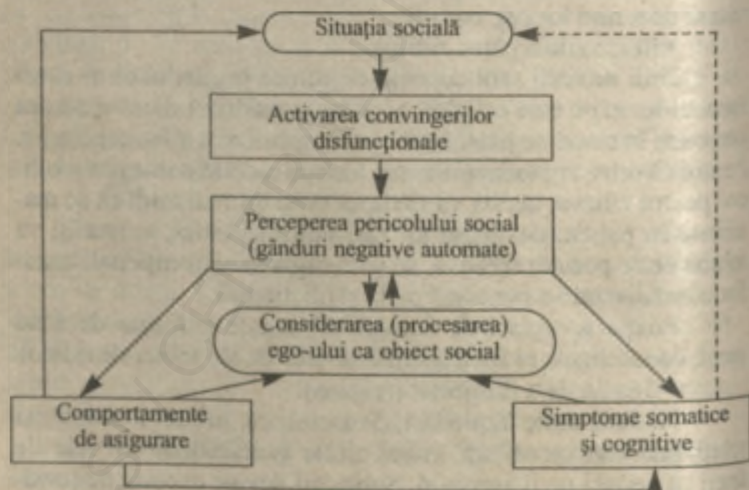
Această fobie împiedică, de asemenea, subiectul să intre în relații adecvate cu ceilalți, având efecte asemănătoare cu cele ale fricii că ceilalți nu îl agreează. Subiectul devine excesiv de sensibil la reacțiile celor din jur și ajunge adesea să-și sacrifice propriile interese și obiective. Acesta interpretează cel mai mic semn de dezaprobare din partea altei persoane ca pe un semn de respingere, iar respingerea reprezintă o adevărată catastrofă pentru el.

Fobiile sociale sunt deosebit de subtile, cel mai adesea mascate și pot conduce la un comportament hipervigilent de repetare „contrafobică" a anumitor modele de reacție.

Datorită hipervigilenței, subiectul devine atât de sensibil la stimulii din zona care îi produce teamă, încât el percepe amenințări și acolo unde acestea nu există (de pildă, poate considera o remarcă oarecare ca pe un semn de critică.)

Repetarea de tip contrafobic îl determină pe subiect să se plaseze mereu în situațiile care îi produc teamă și cărora, bineînțeles, el nu le face față. Astfel, un bărbat se poate teme de femei agresive („castratoare"), dar intră mereu în relații cu astfel de persoane și relațiile respective se sfârșesc prost.

Modelul cognitiv al fobiei sociale
(Clark și Wells, 1995; Wells și Clark, 1997; Wells, 1999)



Trăsătura esențială a fobiei sociale constă în dorința puternică a subiectului de a produce o impresie favorabilă asupra celorlalți, dorință acompaniată de teama subiectului că nu va reuși acest lucru. O dată intrat într-o situație socială, pacientul va avea tendința de a o evalua ca fiind periculoasă. Acesta va nutri convingerea că se află în pericol de a acționa într-un mod stupid și inac-

ceptabil, comportament ce are niște urmări catastrofale, cum ar fi pierderea statutului social, respingerea și umilirea din partea celorlalți. Teama pierderii statutului social nu se referă doar la modul în care subiectul este perceput de ceilalți, ci și la aoutostima și imaginea de sine.

Evaluarea pericolului va activa convingerile negative de bază referitoare la natura și consecințele unor evaluări realizate în cadrul interacțiunilor psihosociale (de exemplu, „Dacă ceilalți își vor face o impresie proastă despre mine, va fi un dezastru, viața mea nu va mai avea sens.")

Situația considerată periculoasă va activa și programul de declanșare a anxietății, cu mecanismele sale fiziologice, cognitive, afective și comportamentale. Aceste mecanisme, care în filogeneză ajutau subiectul să facă față unor amenițări reale, devin, la rândul lor, surse de amenințări la adresa imaginii de sine a persoanei. Aceste fenomene conduc la escaladarea anxietății și la menținerea problemei.

Fobicul social devine preocupat de reacțiile sale psihosomatice, de gândurile negative legate de evaluările realizate de către ceilalți, precum și de autoevaluări.

Aceste preocupări abat atenția subiectului de la informațiile esențiale provenite din mediul extern, fapt ce contribuie la creșterea probabilității ca performanțele să se reducă. Astfel, fobicul social își va concentra atenția spre interior, spre autopercеperea propriilor performanțe și presupune în mod eronat faptul că acestea reflectă modul în care el este perceput de către ceilalți. Fobicul social poate nutri teama că este plictisitor pentru cei din jur, dar în același timp el este centrat pe sine și acordă o atenție redusă celorlalți.

Pentru a preîntâmpina așa-zisele catastrofe în plan social, fobicii declanșează comportamentele de evitare și asigurare (de pildă, un fobic ce se teme că se va bâlbâi va repeta în gând ceea ce dorește să spună, fapt ce îi sporește șansele de a nu se exprima cum trebuie). Din nefericire, aceste comportamente de asigurare vor accentua gândurile negative și anxietatea legată de evaluarea din partea celorlalți.

În primul rând, unele dintre comportamentele de asigurare nu fac decât să exacerbeze simptomele (de pildă, a ține în mână prea strâns o cană pentru ca ceilalți să nu observe tremurul va perturba mișcările firești) sau să reducă performanțele (repetarea în gând a celor ce trebuie spuse perturbă concentrarea asupra subiectului conversației).

În al doilea rând, anumite comportamente de evitare pot să-l facă pe fobicul social să pară mai puțin degajat și prietenos în ochii celorlalți, fapt ce va declanșa o contrareacție din partea acestora.

În al treilea rând, faptul că presupusa catastrofă nu se produce este atribuit de fobic declanșării comportamentelor de asigurare și nu faptului că evaluările sale au un caracter distorsionat. Un aspect important al acestui model se referă la procesările psihologice legate de modul în care subiectul apare în ochii celorlalți. Aceste elemente contribuie la aprecierea gradului de pericol perceput subiectiv în situațiile psihosociale.

Fobicul social este permanent motivat de dorința de a crea o impresie favorabilă asupra celor din jur, în timp ce imaginea de sine și autostima acestuia au un caracter fluctuant, menținut prin intermediul a două mecanisme psihologice care produc centrarea exagerată pe sine însuși: procesarea anticipatorie (cum va apărea subiectul în situația dată) și procesarea posteveniment (își face probleme și își adresează autocritici legate de modul în care s-a comportat într-o situație psihosocială).

Anticipând confruntarea cu situația socială, fobicul tinde să realizeze ruminații în legătură cu situația. Acestea se referă la planificarea și la repetarea mentală a ceea ce va trebui să spună, conținutul acestor ruminații fiind totdeauna negativ.

În această etapă anticipatorie este activat conceptul de ego social și stabilitatea acestuia începe să fie amenințată.

O dată părăsită situația socială, ruminarea aspectelor negative legate de aceasta are tendința să continue, pacientul analizând critic propriul său comportament în situația socială.

Această analiză „post-mortem" nu face decât să accentueze aspectele negative ale comportamentului subiectului în situația

socială, fapt ce va contribui la întărirea evaluărilor și convingerilor disfuncționale. În momentul în care un pacient cu fobie socială se expune unei situații de care se teme, acesta începe să se concentreze imediat asupra propriei persoane, pe care începe să o analizeze din perspectiva unui observator extern (Wells, Clark și Ahmad, 1995). Informațiile interne venite de la propriul organism oferă, de regulă, o imagine eronată în legătură cu modul în care subiectul apare în ochii celorlalți.

De exemplu, un fobic căruia îi tremură ușor mâinile se poate percepe pe sine ca tremurând din tot corpul, în timp ce unul care transpiră percepe „râuri" de sudoare reci care îi curg pe frunte.

Spre deosebire de atacurile de panică, unde „catastrofa" nu se produce niciodată, în cazul fobiei sociale evenimentele negative de care se teme subiectul chiar se pot întâmpla: oamenii pot să-l privească în mod ciudat, el poate fi umilit sau poate fi considerat de către ceilalți ca fiind neinteresant.

Problema principală nu constă în aceea că aceste evenimente au loc, deoarece ele li se întâmplă și altor oameni, ci în semnificația pe care le-o acordă subiectul fobic, precum și în evoluțiile negative la care se așteaptă acesta, mai ales în ceea ce privește imaginea de sine.

Modelul cognitiv elaborat de Clark și Wells (1995) pentru fobia socială postulează faptul că aceasta este menținută de o serie de factori:

1) Convingerile de bază legate de autoevaluarea propriei persoane („Sunt o persoană plicticoasă"; „Nimeni nu mă agreează").

2) Supoziții cu caracter condițional („Dacă le voi arăta celorlalți ce simt, ei vor considera că sunt incompetent"; „Dacă nu mă voi exprima corect, ceilalți vor crede că sunt nebun").

3) Prezența unor reguli rigide referitoare la performanțele personale („Trebuie totdeauna și cu orice preț să par inteligent"; „Nu trebuie niciodată să manifest vreun semn de anxietate").

În concluzie, putem afirma că modelul cognitiv al fobiei sociale implică următoarea secvență de evenimente: situația socială

activează convingerile şi supoziţiile disfuncţionale legate de posibilitatea unui eşec în ceea ce priveşte manifestarea unor performanţe potenţiale, iar implicaţiile eşecului anticipat de subiect generează o puternică stare de anxietate. Aceasta va conduce la perceperea situaţiei sociale ca pe o ameninţare care, la rândul ei, va genera gânduri automate negative şi anxietate legată de acestea.

Prezentăm mai jos câteva exemple de gânduri negative automate, urmate de procesări psihologice în legătură cu imaginea de sine şi de comportamente de asigurare (Wells, 1999):

Gânduri negative automate	Procesări psihologice legate de imaginea de sine	Comportamente de asigurare
1. Nu ştiu ce să spun. Oamenii vor crede că sunt un prost.	Imagine de sine: persoană urâtă, proastă, neinteresantă.	Evită contactele vizuale; evită să atragă atenţia asupra sa; vorbeşte puţin; lasă partenerul să vorbească; îşi planifică ce vrea să spună.
2. Voi începe să tremur şi îmi voi pierde controlul.	Subiectul este concentrat asupra lui însuşi: îşi spune în gând: „mă simt atât de rău când tremur încât trebuie să arăt îngrozitor". Imaginea propriei persoane care şi-a pierdut controlul.	Evită să ţină în mână căni sau pahare; ţine obiectele prea strâns; încordează muşchii; respiră ; evită să-i privească pe ceilalţi; ţine cana cu ambele mâini.
3. Ce se va întâmpla dacă voi deveni anxios? Ceilalţi vor observa şi nu mă vor lua în serios.	Subiectul îşi pierde controlul asupra propriei persoane. Imagine de sine în care se vede roşu de emoţie şi tremurând din toate încheieturile.	Ţine mâinile încleştate; priveşte lateral; îşi acoperă faţa cu părul; se machiază excesiv.
4. Ce se va întâmpla dacă voi transpira? Ei vor crede că sunt anormal.	Concentrare asupra propriei persoane; se vede pe sine şiroind de sudoare.	Poartă maieuri pe sub cămaşă; utilizează deodorante în exces; rămâne cu haina pe el; utilizează

		multe batiste; nu depărtează brațele de corp; poartă haine prea lejere.
5. Mă voi bâlbâi și mă voi exprima greșit. Oamenii vor crede că sunt prost.	Concentrare asupra propriei persoane: se percepe pe sine ca fiind timid și caraghios, își aude propria voce.	Își monitorizează discursurile; caută să pronunțe cuvintele cât mai corect. Repetă propozițiile în plan mental înainte de a le pronunța; vorbește prea repede; vorbește prea puțin despre sine.

Gândurile negative automate activează anxietatea care, la rândul său, va genera simptome somatice și cognitive. Aceste simptome vor deveni și ele obiectul unor evaluări negative, fiind interpretate ca semne ale unor eșecuri și umilințe în plan social. Aprehensiunea pericolului este urmată de concentrarea atenției asupra propriei persoane, fobicul începând să se autoobserve și să-și monitorizeze senzațiile, imaginile, trăirile și gândurile.

Informațiile cu caracter interoceptiv vor fi utilizate de subiect pentru a trage concluzii în legătură cu modul în care apare în ochii celorlalți care îl evaluează. Încercând să evite producerea „catastrofei" sociale, subiectul va pune în acțiune comportamentele de asigurare, care nu fac decât să mențină problema. Aceste comportamente contribuie la: accentuarea concentrării asupra propriei persoane, dar și împiedică infirmarea convingerilor negative referitoare la modul în care subiectul apare în ochii celorlalți; pe de altă parte, ele accentuează simptomele fiziologice (tremor, transpirație, senzație de vid mental etc.); în același timp, atrag atenția asupra persoanei în cauză și îl fac pe subiectul fobic să pară rece și neprietenos față de ceilalți.

În multe cazuri situațiile psihosociale sunt evitate, ceea ce-l împiedică pe subiect să-și infirme evaluările negative. Procesările (îngrijorările) anticipatorii, precum și cele realizate după producerea evenimentului contribuie la menținerea problemei,

menţinând şi preocupările pacientului îndreptate în direcţia respectivă.

Pe baza modelului cognitiv general al fobiei sociale, terapeutul împreună cu pacientul vor realiza schematizarea cazului concret pentru care acesta din urmă se prezintă la psihoterapie. O importanţă majoră în conceptualizarea cazului o au identificarea comportamentelor de asigurare, evitare, a componentelor somatice şi cognitive ale anxietăţii, precum şi natura procesărilor interioare legate de imaginea de sine.

Teodora, o traducătoare în vârstă de 42 de ani, diagnosticată cu fobie socială, se teme să mănânce şi să bea în public, deoarece crede că-i vor tremura foarte tare mâinile (vezi schema de la pagina alăturată).

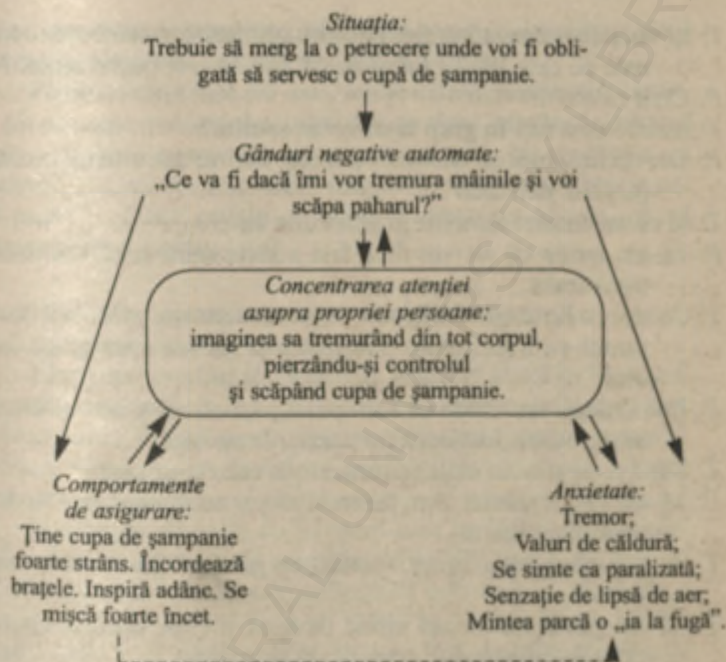
Datele necesare terapeutului pentru schematizarea problemei se obţin atât pe baza descrierii de către pacient a unor episoade recente în care s-a manifestat anxietatea socială, cât şi prin intermediul unor întrebări directe realizate după o expunere reală la o situaţie anxiogenă sau, dacă este posibil, chiar în timpul expunerii. În cazul în care pacientul evită situaţiile psihosociale se poate construi în cadrul şedinţei de psihoterapie o situaţie asemănătoare cu cele de care acesta se teme. Pot fi implicate chiar alte persoane în prezenţa cărora subiectul va fi solicitat să vorbească, să bea apă sau să se adreseze unei persoane învestite cu autoritate.

În vederea alcătuirii modelului sunt necesare date referitoare la:

– gândurile negative automate;
– comportamentele de asigurare;
– simptomele anxietăţii;
– conţinutul imaginilor şi ruminaţiilor interioare legate de imaginea de sine.

Gândurile negative automate

Terapeutul va proceda astfel încât să aibă acces atât la gândurile automate care anticipează intrarea în situaţie, cât şi la



cele care se manifestă chiar în timpul expunerii la situație. De regulă, aceste gânduri au o tematică asemănătoare.

Este de dorit ca terapeutul să adreseze întrebări cu conținut precis, legate chiar de momentul în care se manifestă gândurile negative respective, ca de pildă:

„Atunci când au început să-ți tremure mâinile, ce gânduri ți-au trecut prin minte?"

Prezentăm dialogul purtat cu Petru, profesor de matematică, 29 de ani, diagnosticat cu fobie socială.

T: Când te-ai simțit ultima oară jenat și speriat într-o situație psihosocială?

P: Joia trecută. Ieșisem la o bere cu șeful catedrei și cu câțiva colegi.

T: Îţi voi pune câteva întrebări despre gândurile şi stările emoţionale pe care le-ai avut atunci. Crezi că ţi le poţi reaminti?
P: Cred că da.
T: Înainte de a ieşi în grup te-ai simţit speriat?
P: Da, de fapt nici nu doream să merg, dar nu am vrut să-l refuz pe şeful catedrei.
T: În ce au constat temerile şi gândurile tale?
P: M-am temut că nu voi face faţă conversaţiei şi că voi tăcea toată seara.
T: Cu alte cuvinte, gândurile tale au sunat cam aşa: „Ce va fi dacă nu-mi va trece nimic prin minte şi nu voi avea ce să discut?"
P: Da. Colegii vor crede că sunt prost şi plicticos şi se vor întreba de ce am fost oprit preparator la catedră.
T: Când te-ai aflat în situaţia respectivă, cum te-ai simţit?
P: M-am simţit speriat. Am încercat să par interesant, dar nu am spus mare lucru.
T: Atunci când te-ai simţit speriat, ce gânduri ţi-au trecut prin minte?
P: M-am gândit că nu am nimic de spus şi chiar dacă aş spune ceva ar fi, probabil, ceva banal şi stupid.

Conţinutul gândurilor negative automate nu este totdeauna explicit. Mai ales atunci când apar gânduri de tipul: „Ce va fi dacă voi transpira?"; „Ce se va întâmpla dacă mă voi înroşi?"; „Ce va fi dacă mă voi bâlbâi?" etc., terapeutul trebuie să surprindă semnificaţia care se ascunde în spatele acestor simptome, semnificaţie care se referă, pe de-o parte, la cum vor aprecia ceilalţi simptomele respective, iar pe de altă parte la autoevaluările realizate de subiectul în cauză în raport cu imaginea sa de sine.

Simptomele specifice anxietăţii

În cazul fobiei sociale, simptomele anxietăţii sunt rezultatul evaluărilor negative, ele fiind şi menţinute de către acestea, şi se pot manifesta atât în plan cognitiv, cât şi în plan somatic.

Simptomele cele mai deranjante pentru subiectul cu fobie socială sunt cele care sunt mai uşor observabile de către ceilalţi:

tremor, transpirații abundente, bâlbâială, spasme musculare, alterarea vocii, plâns sau senzația de „golire a minții".

Pentru a surprinde cât mai multe detalii, terapeutul va trebui să adreseze pacientului întrebări de tipul următor: „Atunci când te-ai simțit speriat în situația respectivă, ce simptome ai observat?"; „Care au fost acele simptome care te-au supărat cel mai mult?"; „Dacă ceilalți ar observa simptomele tale, ce ar însemna acestea pentru tine?".

Evidențierea conținutului procesărilor interioare referitoare la imaginea de sine

Elementul esențial al modelului cognitiv al fobiei sociale îl reprezintă ruminațiile și imaginile legate de concepția despre sine ca obiect social. Primul pas în direcția evidențierii acestor procesări interioare îl reprezintă faptul că subiectul își îndreaptă atenția asupra propriei persoane și devine excesiv de conștient de sine.

Întrebările adresate de terapeut sunt următoarele: „Atunci când ai devenit dintr-o dată conștient de propria persoană, care au fost elementele pe care le-ai conștientizat mai mult?"; „Ți-ai făcut vreo idee despre modul în care arătai în situația respectivă?"; „Atunci când te-ai simțit speriat, care au fost simptomele pe care le-ai conștientizat mai mult?"; „Ai realizat cât de evidente erau simptomele tale pentru ceilalți?".

Conținutul procesărilor psihologice legate de imaginea de sine poate fi evidențiat și prin intermediul analizei comportamentelor de asigurare. Astfel, de pildă, un fobic social care își ascunde fața este probabil îngrijorat de faptul că semnele anxietății sale ar putea fi percepute de către ceilalți.

De foarte multe ori preocupările și temerile fobicului în legătură cu modul în care apare în ochii celorlalți iau forma unei imagini pe care o construiește din perspectiva unor observatori externi. În astfel de cazuri terapeutul trebuie să-i ceară să descrie în detaliu imaginea pe care crede că o au ceilalți în legătură cu el („Poți să-mi descrii imaginea pe care crezi că ai avut-o în situația respectivă?"; „Poți să descrii modul în care crezi că arătai atunci când te aflai în situația dată?").

Identificarea comportamentului de asigurare

Aceste comportamente pot avea un caracter deschis, observabil de către ceilalți, sau mascat, cum ar fi, de pildă, repetarea mentală a unor fraze înainte de a fi pronunțate cu voce tare.

Prezentăm în continuare câteva tipuri de întrebări pe care va trebui să le adreseze terapeutul pentru a evidenția natura comportamentelor de asigurare.

„Atunci când ești convins că evenimentul de care te temi se va produce, întreprinzi ceva pentru a preveni catastrofa?"; „Dacă nu ți-ai luat măsuri (comportamente de asigurare), cât de mult crezi că evenimentul se va produce?"; „Întreprinzi ceva pentru a-ți controla simptomele, pentru a-ți ameliora performanțele sau pentru a masca problema ta?"; „Întreprinzi ceva pentru a abate atenția celorlalți de la persoana ta?" etc.

Utilizarea unor teste în sfera comportamentală pentru a obține mai multe informații de la pacientul cu fobie socială

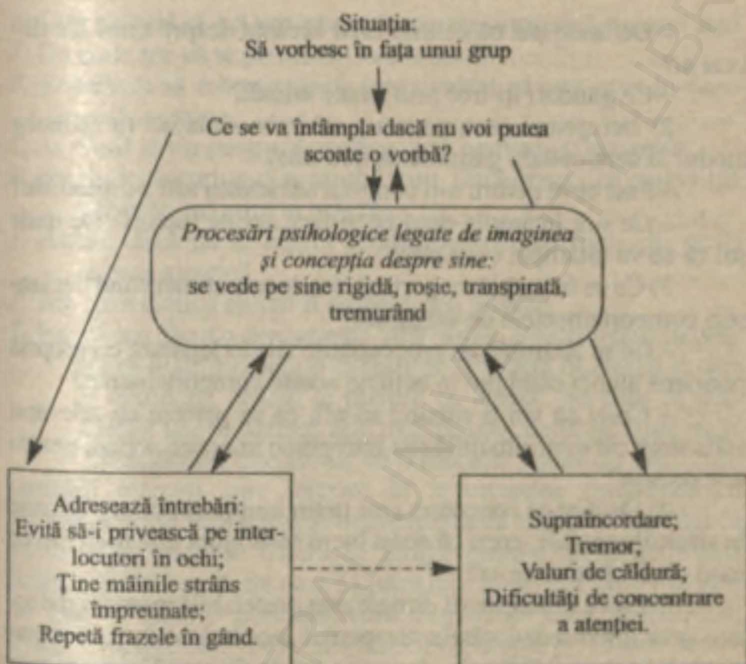
Terapeutul va simula în cabinet anumite situații psihosociale cu care trebuie să se confrunte pacientul în prezența sa.

Marina, studentă la științe politice, în vârstă de 21 de ani, se teme foarte tare să vorbească în public. Terapeutul a invitat în cabinet asistenta medicală și 3 pacienți și i-a cerut Marinei să povestească, timp de 10 minute, ce a văzut în timpul unei excursii realizate în Grecia.

În urma dialoglui purtat între pacient și terapeut a rezultat o schematizare a problemei (vezi figura alăturată).

În cadrul acestui exemplu, la perceperea situației amenințătoare apare gândul negativ automat: „Ce se va întâmpla dacă voi înlemni și nu voi putea scoate o vorbă?" Acest gând este însoțit de simptome cum ar fi: supraîncordarea, tremorul, valuri de căldură și dificultăți de concentrare a atenției.

Pacienta caută să reducă șansa de producere a dezastrului adresând ea cât mai multe întrebări pentru a amâna expunerea, evită să-i privesacă pe ceilalți în ochi, ține mâinile împreunate și repetă în gând ceea ce urmează să relateze în fața grupului.



Tehnicile psihoterapeutice propriu-zise

Explicarea naturii modelului cognitiv al fobiei sociale

Terapeutul va utiliza tehnica descoperirii dirijate pentru a-l determina pe pacient să înțeleagă esența modelului cognitiv al fobiei sociale. Se va insista mai ales asupra comportamentelor de asigurare și a efectului concentrării atenției pe simptome și performanțe în cadrul cercului vicios care contribuie la menținerea tulburării.

O serie de întrebări adresate de către terapeut au rolul de a demonstra faptul că majoritatea autoevaluărilor negative realizate de către pacient au la bază informații cu conținut interceptiv.

Prezentăm în cele ce urmează câteva întrebări de acest tip:

1) Ce dovezi ai că ceilalți se uită la tine?

– De unde ştii că ceilalţi cred aceasta despre tine? Ce dovezi ai?

– Ce gânduri îţi trec prin minte atunci?

2) Întreprinzi ceva pentru a schimba situaţia? (a schimba modul în care ceilalţi gândesc despre tine).

– Faci ceva pentru a-ţi controla anxietatea sau simptomele?

– Ce s-ar întâmpla dacă nu ai face aceste lucruri? De unde ştii că se va întâmpla ceva rău?

3) Ce se întâmplă cu performanţele tale atunci când declanşezi comportamentele de asigurare?

– Ce se întâmplă cu preocupările tale în legătură cu propria persoană atunci când pui în acţiune aceste comportamente?

– Crezi că vei fi capabil să afli ce se petrece cu adevărat atâta timp cât eviţi situaţiile sau întreprinzi anumite acţiuni pentru a te proteja?

4) Dacă te-ai concentra mai puţin asupra propriei persoane în situaţiile sociale, crezi că acest lucru te-ar ajuta mai mult? În ce mod crezi că te-ar ajuta?

Tehnica descoperirii dirijate este preferabilă metodei didactice prin intermediul căreia terapeutul încearcă să-i explice pacientului natura fobiei sale, deoarece acesta din urmă este convins că are argumente suficiente pentru a susţine că temerile sale de evaluare negativă sunt întemeiate.

Prezentăm mai jos un dialog terapeutic în cadrul căruia sunt abordate tendinţele pacientului de a realiza ruminaţii interioare referitoare la imaginea de sine.

Pacientul este Vlad, de 24 de ani, student la conservator, care se teme foarte tare de impresia pe care o lasă atunci când se află undeva, la vreo petrecere.

P: Mă simt stânjenit atunci când mă aflu între oameni. Parcă toată lumea nu face altceva decât să se uite la mine.

T: Ai impresia că toţi se uită la tine?

P: Da, este îngrozitor. Mă simt atât de stingherit încât nu aş dori să mă aflu acolo.

T: Ce te face să crezi că toţi te privesc?

P: Este normal să mă privească. Oare este normal să tremuri așa?
T: De unde știi că te privesc? Ce dovezi ai?
P: Ei trebuie să mă privească; este evident că este ceva în neregulă cu mine.
T: Ai privit în jur pentru a verifica dacă oamenii te privesc?
P: Nu. Evit să-i privesc, la rândul meu. Dacă observ că cineva mă privește, mă simt și mai rău.
T: Atunci dacă nu te uiți la ceilalți oameni, de unde știi că îți acordă atenție?
P: Mă simt cumva ciudat și oamenii mă privesc.
T: Iată că am făcut o descoperire interesantă. Afirmi faptul că pentru că te simți ciudat și excesiv de conștient de modul în care te comporți, ceilalți te privesc cu atenție. Se pare că afirmațiile tale se bazează mai mult pe trăiri decât pe fapte reale.

Acest dialog este urmat de o discuție legată de rolul concentrării atenției spre interior în accentuarea conștientizării diverselor trăiri subiective și în interpretarea eronată a faptului că aceste trăiri sunt de natură să atragă atenția celorlalți asupra subiectului în cauză. Se pare că pacientul și-a construit o imagine de sine ca fiind o persoană care tremură în mod necontrolat, imagine despre care crede că o au ceilalți despre el. Testele obiective, cum ar fi, de pildă, filmarea pe o casetă video, demonstrează că simptomele nu sunt atât de evidente cât și-ar fi imaginat pacientul.

Utilizarea experimentelor în sfera comportamentală pentru a ilustra diversele componente ale modelului cognitiv al fobiei sociale. Aceste experimente sunt utlizate de către terapeut pentru a-i demonstra pacientului rolul comportamentelor de asigurare asupra simptomelor fizice, performanțelor în sfera socială, precum și asupra centrării excesive pe propria persoană.

Terapeutul va solicita pacientului să se expună situației psihosociale de care se teme în două variante: cu declanșarea comportamentelor de asigurare și în absența acestora.

De asemenea, i se poate cere să realizeze o performanță socială menținând atenția concentrată asupra propriei lui persoane

şi fără a se concentra excesiv asupra sa, ci mai mult asupra mediului înconjurător.

Efectele concentrării atenţiei asupra intensităţii simptomelor şi asupra nivelului performanţelor vor fi astfel demonstrate.

Patricia, de 21 de ani, studentă la drept, s-a adresat psihoterapeutului pentru că se temea să poarte discuţii în grup. Acest lucru o stresa foarte puternic mai ales pentru că tânăra îşi dorea să devină avocat. Ea se temea că nu-şi va găsi cuvintele potrivite şi că prietenii şi colegii vor crede că este o proastă.

Comportamentele ei de asigurare erau următoarele: să vorbească foarte repede, să stea pe marginea scaunului, să se joace cu brăţările, să repete în gând ce ar dori să spună şi să evite contactele vizuale.

Terapeutul a aranjat cu câteva persoane (studenţi aflaţi în practică) să formeze un mic grup de conversaţie, care să dureze aproximativ 10 minute.

Atunci când a pus în acţiune comportamentele sale de asigurare, Patricia a găsit conversaţia foarte dificilă şi stresantă. În cadrul celei de-a doua variante i s-a cerut să stea aşezată comod într-un fotoliu, să observe cu atenţie, să asculte ceea ce spun ceilalţi şi să dea replici fără a le repeta în gând înainte de a le pronunţa cu voce tare. În aceste condiţii, ea a făcut mult mai bine faţă situaţiei, deşi încă mai era convinsă de faptul că s-a prezentat ca o persoană plictisitoare şi neinteresantă.

În cadrul şedinţelor următoare de psihoterapie înregistrările pe casete video au fost utilizate pentru a corecta imaginea de sine eronată pe care şi-o făurise pacienta.

Specialiştii în terapia cognitiv-comportamentală a fobiei sociale sunt de părere că la aceşti pacienţi sunt importante achiziţionarea unor deprinderi de comutare a atenţiei spre exterior, renunţarea la comportamentele de asigurare înainte de a trece la tehnicile de expunere, precum şi modificarea convingerilor negative, disfuncţionale.

Modificarea procesării interioare referitoare la concepția și imaginea de sine

După ce pacientul a fost familiarizat cu principiile modelului cognitiv al fobiei sociale, urmează modificarea conținutului ruminațiilor interioare legate de concepția și imaginea de sine.

Conținutul acestor ruminații este utilizat de către fobicul social ca material pentru a trage concluzii despre modul în care acesta este evaluat de către alte persoane.

Principala strategie de abordare a acestei probleme constă în a-l confrunta pe fobic cu ego-ul său observabil și acest lucru se realizează prin intermediul unor înregistrări video și audio.

O dificultate poate să apară mai ales la acei fobici care neagă veridicitatea feedback-urilor auditive și vizuale, în ciuda evidenței aceștia afirmând fie că înregistrările nu sunt suficient de sensibile, fie că simptomele înregistrate nu au fost atât de severe ca de obicei.

Pentru a depăși aceste dificultăți, terapeutul poate solicita pacientul să realizeze un antrenament mental în cadrul căruia să-și conștientizeze și să-și operaționalizeze simptomele și comportamentele în termeni observabili.

Prezentăm mai jos dialogul dintre psihoterapeut și Andreea, elevă în clasa a XII-a, care se teme să vorbească în public. Terapeutul i-a cerut în prealabil pacientei să povestească ceva în prezența câtorva studenți aflați în practică.

T: Aș dori să-ți amintești de imaginea ta din timpul conversației pe care tocmai ai avut-o.
Descrie-mi cum crezi că arătai?
A: Mă bâlbâiam, îmi căutam cuvintele, îmi tremurau mâinile și mă înroșisem toată. Aveam pete roșii chiar și pe gât.
T: Cât de observabile crezi că au fost aceste simptome?
A: Cât se poate de vizibile. Îmi tremurau puternic mâinile și eram toată roșie.
T: Poți să-mi arăți cât de tare îți tremurau mâinile?
Andreea face demonstrația.

T: Am aici nişte cartonaşe colorate. Poţi să-mi arăţi cât de roşie crezi că ai fost?
A: Cred că am avut culoarea aceasta (indică unul din cartonaşe).
T: Bine. Vom vedea acum înregistrarea video pentru a te convinge cât de observabile au fost simptomele tale.

Pacienta descoperă că simptomele sale au fost mult mai puţin vizibile decât şi-a imaginat ea.

Într-o etapă ulterioară a terapiei i s-a cerut să repete conversaţia încercând să-şi exacerbeze în mod voluntar simptomele (intervenţie paradoxală). Chiar şi în această situaţie înregistrarea a demonstrat că simptomele au fost mai puţin evidente decât cele descrise iniţial de pacientă.

Practica a dovedit că este eficientă şi utilizarea unor formule sugestive utilizate în stare de relaxare, formule ce au menirea să destructureze convingerile negative pe care le nutreşte fobicul social în legătură cu propria persoană:

„Chiar dacă îmi tremură mâinile, acest lucru este mai dificil de observat de către ceilalţi"; „Eu par calm, chiar dacă nu mă simt astfel" etc.

Tehnici de restructurare a convingerilor şi gândurilor negative (tehnici de reatribuire verbală)

Gândurile negative şi autoevaluările cu conţinut negativ trebuie provocate pentru a se infirma gradul lor de veridicitate. Strategia de combatere a gândurilor şi convingerilor negative constă în strângerea dovezilor împotriva acestora.

Pacientul trebuie astfel ghidat încât să se convingă de faptul că dovezile pe care le are în legătură cu adevărul evaluărilor sale negative referitoare la propria persoană provin mai curând din informaţii cu caracter subiectiv, decât din informaţii ce ţin de realitatea exterioară.

Cu toate acestea, se înregistrează şi situaţii când există şi unele temeiuri obiective, sau aparent obiective, care stau la baza

gândurilor negative ale fobicului. În astfel de cazuri, terapeutul împreună cu pacientul vor analiza veridicitatea acestora, le vor formula în termeni mai realiști (poate există și o altă explicație pentru faptul că ceilalți se uită cu atenție la pacient), vor analiza distorsionările cognitive care stau la baza unor interpretări eronate.

În cazul în care interpretările pacientului se vor dovedi reale, acesta își va însuși în timpul ședințelor de psihoterapie o serie de strategii pentru a face față unor situații sociale.

Prezentăm un exemplu de combatere a gândurilor negative automate și de înlocuire a acestora cu gânduri pozitive, mai realiste (Wells, 1999):

Gând negativ automat:	„Ei consideră că sunt plictisitor”.
Întrebări:	Ce dovezi ai că acest lucru este adevărat? Supoziția ta este bazată pe fapte reale sau citești cumva gândurile celorlalți? Dacă unele persoane consideră că ești plictisitor și altele nu, cine crezi că are dreptate? Care sunt particularitățile psihice care fac ca cineva să fie plictisitor? Crezi că deții aceste caracteristici? Dacă cineva crede că ești plictisitor, înseamnă că acest lucru este și adevărat?
Gânduri alternative raționale:	„Dacă cineva crede că sunt plictisitor, nu înseamnă neapărat că are dreptate”; „Uneori este bine să fii plictisitor, pentru că te lasă toată lumea în pace”.

Metoda celor trei coloane. Pentru a facilita procesul de infirmare a convingerilor și gândurilor negative automate i se poate cere subiectului să împartă o foaie în trei coloane: în prima va nota dovezile bazate pe informații interioare, în a doua dovezile bazate pe date exterioare în sprijinul gândurilor negative, iar în coloana a treia contraargumentele împotriva acestor gânduri. În cadrul

primelor şedinţe de psihoterapie aceste formulare vor fi completate împreună cu terapeutul, care va explica pacientului ce înseamnă dovezi interioare („mă simt în centrul atenţiei") sau exterioare („unii oameni mă privesc").

Fişa respectivă va fi utilizată de către terapeut pentru a demonstra rolul procesărilor interioare ale subiectului cu privire la propria persoană în desprinderea unor concluzii legate de situaţiile sociale.

Pe măsură ce terapia progresează, se va acorda o atenţie sporită informaţiilor externe, care pot să infirme convingerile negative.

Identificarea şi analizarea distorsionărilor cognitive

Cele mai frecvent întâlnite distorsionări cognitive în cazul fobiei sociale sunt:

– citirea gândurilor („ei cred că sunt o persoană plictisitoare");

– ghicirea viitorului („nu voi fi capabil să iau cuvântul în public");

– catastrofizarea („voi scăpa paharul din mână şi mă voi face de râs");

– personalizarea („ei nu mi se adresează, înseamnă că am spus ceva ce nu trebuie").

Pacienţii suferind de fobie socială au şi tendinţa de a proiecta asupra celorlalţi propriile lor evaluări negative, considerând că dacă ei cred un anumit lucru despre persoana lor este obligatoriu ca şi ceilalţi să creadă acelaşi lucru („Eu cred că sunt un prost şi asta înseamnă că şi ceilalţi cred acelaşi lucru").

Formulele sugestive de autoîncurajare

O dată identificate şi validate gândurile şi convingerile raţionale alternative, acestea pot fi transformate în sugestii şi autosugestii care pot fi utilizate de către pacientul cu fobie socială pentru a preveni activarea concentrării atenţiei spre interior, precum şi a ruminaţiilor cu conţinut negativ legate de propria persoană.

Aceste formule vor contribui la reducerea anxietății și la menținerea ei în niște limite care nu afectează viața și performanțele subiectului.

Așa cum am mai subliniat, aceste formule sunt mult mai eficiente dacă se administrează în stare de relaxare sau hipnoză.

Cu toate acestea, dacă se abuzează de astfel de formule sugestive și acestea încep să fie utilizate pentru a preveni producerea unor catastrofe posibile, ele se pot transforma în noi comportamente de asigurare care pot să împiedice infirmarea convingerilor negative.

Terapeutul va trebui să-l ghideze pe pacient să utilizeze aceste formule sugestive pentru a-și spori încrederea în forțele proprii și pentru a realiza cu mai multă ușurință experimentările în sfera comportamentală și nu pentru a preîntâmpina producerea unor potențiale dezastre.

Formulele sugestive reprezintă un mijloc eficient de a stopa îngrijorările anticipatorii legate de expunerea la situațiile anxiogene, precum și de a bloca focalizarea atenției asupra propriei persoane.

Mai mult, unele dintre acestea pot fi utilizate în stare de veghe chiar în timpul expunerii la situație sau în relaxare pentru contracarea ruminațiilor cu conținut negativ legate de interpretarea celor petrecute.

Tehnica definirii precise a temerilor

Multe dintre temerile pe care le nutresc pacienții cu fobie socială au un caracter vag și imprecis, ca de pildă teama de a se comporta stupid, de a-și pierde autocontrolul, de a nu se putea exprima corect etc.

Terapeutul trebuie să-l ajute pe pacient să-și definească exact natura acestor frici, pentru că, de pildă, teama că nu va putea vorbi poate îmbrăca forme foarte diferite, de la teama că nu va găsi cuvintele potrivite până la teama că va rămâne paralizat de groază la ideea că nu se va exprima coerent.

Temerile precis formulate, în termeni concreți, vor fi mult mai ușor de combătut prin intermediul diverselor metode de contraargumentare.

Abordarea ruminaţiilor negative care au loc înainte şi după expunerea la situaţiile sociale anxiogene

Ruminaţiile şi îngrijorările care se produc înainte de expunerea subiectului la situaţie se referă la posibilele consecinţe negative ale acestei expuneri. De asemenea, ele pot reprezenta şi o componentă a comportamentelor de asigurare în cadrul cărora pacientul repetă mental anumite strategii adaptative (repetă în gând ceea ce intenţionează să spună, derulează filmul unei întâlniri viitoare etc.).

Terapeutul va trebui să discute împreună cu pacientul despre avantajele şi dezavantajele acestui tip de procesare psihologică.

Unul dintre dezavantajele principale în reprezintă faptul că aceste repetări mentale au un caracter imprecis, care nu surprinde derularea evenimentelor aşa cum au ele loc în realitate. Atenţia subiectului fiind îndreptată în această direcţie, tendinţa către ruminanţii anticipatorii se va reduce.

Reevaluările realizate după ce evenimentul a avut loc nu fac decât să întărească ideea subiectului cu privire la eşecul său social, datorită anxietăţii şi gândurilor negative legate de imaginea sa de sine. Şi în acest caz terapeutul va discuta cu pacientul despre aceste probleme, insistând asupra dezavantajelor acestui gen de postevaluări.

Experimentele în sfera comportamentală

Tehnicile verbale de combatere a gândurilor şi convingerilor negative au efecte limitate dacă nu sunt dublate de experimente în plan concret, deoarece situaţiile sociale oferă puţine posibilităţi de confruntare şi expunere la informaţii lipsite de ambiguitate, referitoare la reacţiile celorlalţi faţă de fobicul social. Mai ales în cazul în care subiectul fobic va avea un comportament foarte controlat sau va întreprinde un număr limitat de acţiuni în situaţiile sociale, acesta nu va putea să verifice consecinţele faptului că îşi manifestă anxietatea sau că are performanţe reduse. Experimentele în plan comportamental trebuie să-i asigure posibilitatea de a verifica reacţiile celorlalţi în raport cu el.

Una dintre tehnicile frecvent utilizate constă în obținerea unor informații de la alte persoane în legătură cu problema subiectului, în vederea modificării temerilor acestuia referitoare la evaluările negative din partea celorlalți.

Aceste informații pot fi obținute pe baza analizei comportamentului celorlalți („Dacă cineva crede că ești un prost, cum crezi că se va comporta față de tine?"; „Ce anume vei observa?), cât și prin intervievarea lor directă.

Pacientul care suferă de fobie socială va fi solicitat să manifeste comportametul inacceptabil în prezența altora și apoi să observe reacția acestora. Astfel, de pildă, unui subiect care se teme că-i vor tremura mâinile și va scăpa din mână paharul, i se cere să-l scape în mod deliberat. De cele mai multe ori, subiectul în cauză va constata cu surpriză că ceilalți nici nu observă ceea ce se petrece.

La începutul tratamentului terapeutul va modela și va controla aceste situații de expunere, iar pe măsură ce pacientul capătă încredere, constatând că evenimentele de care se teme nu se produc, acesta va fi instruit să realizeze experimentele respective și independent, sub forma unor sarcini pentru acasă.

În etapele inițiale ale terapiei este indicat ca terapeutul să-l însoțească pe pacient în diverse situații sociale pentru a se asigura că experimentele au finalitatea dorită.

Depășirea comportamentelor de evitare

Evitarea anumitor situații sociale reprezintă o piedică serioasă în calea combaterii gândurilor și convingerilor negative disfuncționale. Din acest motiv, reducerea și, în cele din urmă, eliminarea comportamentelor de evitare reprezintă un obiectiv major al terapiei cognitiv-comportamentale, terapeutul recomandând expunerea la situațiile sociale anxiogene o dată cu renunțarea la comportamentele de asigurare.

Modificarea convingerilor şi supoziţiilor negative cu caracter condiţional

Aşa cum am mai subliniat, modelul cognitiv al fobiei sociale implică supoziţii şi convingeri de bază referitoare la propria persoană ca obiect social, supoziţii cu caracter condiţional, precum şi reguli rigide după care subiectul îşi conduce comportamentul.

Tehnicile utilizate pentru modificarea gândurilor negative automate se utilizează şi pentru modificarea convingerilor şi supoziţiilor de tip condiţional.

Primul pas în realizarea acestei modificări constă în definirea şi clarificarea conceptelor pe care le presupun supoziţia şi operaţionalizarea lor, astfel încât să poată fi combătute prin metoda contraargumentării şi infirmate prin intermediul unor experimente în plan comportamental.

Adriana, în vârstă de 27 de ani, programator, era foarte timidă şi suferea de o puternică anxietate care o împiedica să stea de vorbă cu colegii de birou. Ea evita discuţiile din timpul pauzelor şi nu ieşea niciodată în oraş împreună cu colegii. Principala ei teamă era că mintea i se va goli şi nu va fi în stare să scoată o vorbă.

În urma discuţiilor purtate cu terapeutul a rezultat că Adriana îşi formase de-a lungul timpului o serie de convingeri şi supoziţii negative de tip condiţional: „Eu trebuie totdeauna să mă exprim logic şi cursiv, pentru că altfel ceilalţi vor crede că sunt o proastă."; „Dacă ei vor observa faptul că sunt nervoasă, vor crede că sunt nebună."

Într-o primă etapă a terapiei i s-a cerut pacientei să-şi definească termenii: ce înţelege prin logic şi cursiv, prin ce se caracterizează un discurs cursiv şi cum trebuie să fie acesta, ce înţelege prin faptul că va fi considerată o proastă sau o nebună.

Terapeutul i-a solicitat, în continuare, să furnizeze exemple concrete de comportamente care să caracterizeze conceptele respective. Urmează apoi etapa operaţionalizării conceptelor astfel încât acestea să poată fi verificate în practică. De pildă, afirmaţia „ei mă vor considera proastă" va fi tradusă în termeni concreţi: „Ei nu vor mai vorbi cu mine"; „Ei vor râde de mine" etc.

Într-o etapă mai avansată a terapiei pacientei i-a fost trasată sarcina de a comite în mod deliberat anumite erori în conversație pentru a testa reacția colegilor față de afirmațiile sale.

Convingerile pacienților care suferă de fobie socială reprezintă o combinație de distorsionări cognitive în cadrul cărora predomină „citirea gândurilor" și „prevederea viitorului".

O altă metodă pentru testarea veridicității gândurilor și convingerilor negative constă în solicitarea partenerilor de discuție (sub îndrumarea terapeutului) să comenteze modul în care s-a comportat pacientul într-o anumită situație socială. De exemplu:

„Nu am vorbit prea mult în timpul ședinței de psihoterapie de grup. Ați remarcat ceva deosebit în comportamentul meu?"

Descoperirea unor contraargumente alternative

Găsirea unor contraargumente la gândurile și convingerile negative reprezintă un proces care nu este totdeauna lesne de realizat pentru pacientul cu fobie socială din cauza dificultăților pe care le are acesta de a recepționa informațiile contrare opiniilor sale, datorită concentrării excesive asupra propriei persoane și asupra autoevaluărilor negative.

Terapeutul îl va ghida însă să găsească contraargumente în cadrul unor scenarii ipotetice în care este vorba de comportamentul altor persoane. Astfel, se poate utiliza dialogul socratic pentru a testa opiniile pacientului față de modul în care acesta crede că ar reacționa oamenii în general față de o persoană nervoasă (Wells, 1999).

T: Dacă observi că o persoană pare nervoasă atunci când le vorbește celorlalți, începi să o privești fix și insistent?

P: Nu, dimpotrivă, o voi privi mai puțin.

T: Cu alte cuvinte, îi vei acorda mai puțină atenție?

P: Da, pentru că altfel nu s-ar simți în largul ei.

T: Să presupunem că cineva se comportă cu adevărat ciudat. Se plimbă pe stradă și pronunță cuvinte fără șir. I-ai acorda o atenție deosebită?

P: Poate, dacă persoana ar fi periculoasă.

T: Chiar dacă ar fi vorba despre un bolnav psihic periculos, crezi că oamenii l-ar privi în mod insistent?

P: Nu, nu cred.

T: De ce nu?

P: Pentru că ceilalţi nu ar dori să aibă de-a face cu persoana respectivă.

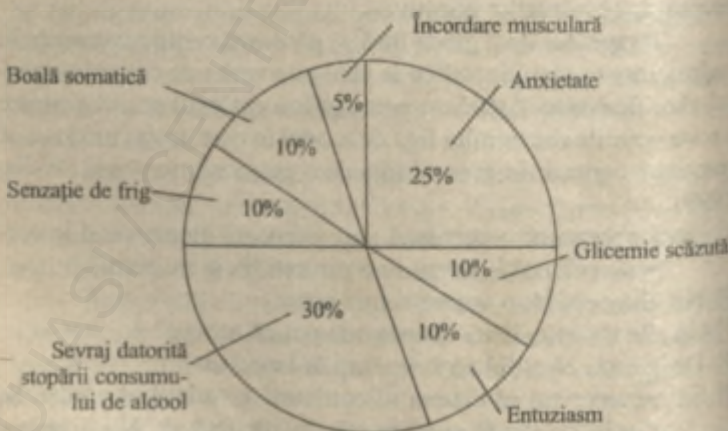
T: Atunci, dacă cineva pare nervos sau chiar se comportă ciudat, sunt oamenii înclinaţi să-i acorde mai multă sau mai puţină atenţie?

P: Dacă puneţi astfel problema, probabil mai puţină atenţie.

T: Dacă doreşti să nu ţi se acorde atenţie, cum este de dorit să pari, nervos sau plin de încredere în sine?

O altă metodă specifică terapiei cognitive pentru identificarea contraargumentelor la gândurile şi convingerile negative constă şi în trasarea diagramei cauzelor posibile care pot să stea la baza aplicării unui anumit fenomen.

Prezentăm mai jos diagrama cauzelor care ar putea determina un subiect să tremure (Wells, 1999)



Convingere:	„Dacă mă voi exprima ezitant, ceilalți vor crede că sunt neadaptat."
Strategie terapeutică:	Notează toate particularitățile care fac o persoană să fie neadaptată. Câte astfel de caracteristici crezi că ai? Ce rol joacă exprimarea ezitantă în cadrul celorlalte caracteristici specifice dezadaptării? Realizează o mică anchetă printre prieteni referitoare la problema respectivă.

Exerciții de încălcare a regulilor excesiv de rigide de conduită

Pacienții cu fobie socială au, de regulă, norme excesiv de rigide în ceea ce privește comportamentele sociale. Aceste reguli au un caracter mai general, depășind cadrul situațiilor considerate anxiogene. Regulile respective se exprimă prin intermediul unor afirmații de tipul următor:

„Trebuie să fiu totdeauna în formă"; „Trebuie totdeauna să mă comport cum trebuie"; „Nu trebuie, cu nici un preț, să supăr pe nimeni" etc.

Subiecții de acest tip consideră că dacă nu ies din cadrele rigide ale regulilor pe care singuri și le-au stabilit, ei se vor simți în siguranță.

Unul dintre obiectivele terapiei este să-l ajute pe pacient să-și lărgească cadrele de referință în care se mișcă și acest lucru se realizează prin intermediul recomandării practicării unor comportamente riscante sau considerate chiar ridicole. Aceste exerciții pe care le recomandă terapeutul vor fi diferite de la caz la caz, scopul acestora fiind de a-i demonstra pacientului că încălcarea convențiilor este în general acceptată și nu înseamnă prea mare lucru pentru ceilalți.

Exemple de astfel de exerciții pot fi: realizarea deliberată a unor erori de exprimare, exprimarea dezacordului față de alte persoane, răsturnarea intenționată a unor produse de pe rafturile unui magazin, adresarea unor remarci mai puțin amabile altor persoane etc.

Modificarea convingerilor negative necondiționate

Subiecții cu fobie socială nutresc, la fel ca și alți pacienți cu tulburări emoționale, tot felul de convingeri negative referitoare la propria persoană. „Sunt diferit de ceilalți"; „Sunt plictisitor"; „Ceilalți oameni sunt mai buni decât mine"; „Sunt un prost" etc.

În afara metodelor cunoscute de luptă împotriva acestor convingeri, se mai pot utilza și alte două metode (Wells, 1999): metoda jurnalului pentru notarea elementelor pozitive și formarea și exersarea unor strategii interpersonale.

Jurnalul elementelor pozitive servește pentru acumularea de dovezi care să contribuie la combaterea, înlocuirea și întărirea convingerilor negative.

Pacientului i se cere să noteze într-un jurnal toate experiențele care contrazic convingerile negative și le susțin pe cele pozitive.

Astfel, de pildă, Maria nutrea convingerea negativă că este o persoană care nu poate fi agreată și se baza în afirmația ei pe opinia că ceilalți păreau să o ignore.

Terapeutul i-a trasat ca sarcină pentru acasă să noteze toate formele prin care ceilalți manifestau atenție față de ea: zâmbete, gesturi, contacte vizuale, complimente, invitații etc.

După patru zile, pacienta s-a oprit din realizarea sarcinii deoarece s-a convins de faptul că mulți oameni nu o ignoră.

Strategii interpersonale. În cazul fobiei sociale, convingerile eronate cu privire la sine și la ceilalți influențează stilul subiectului de a interacționa cu cei din jur și acest stil, la rândul său, perpetuează convingerile negative.

Mai mult, fobicii sociali dezvoltă strategii compensatorii (astfel, o persoană care crede că nu este inteligentă se străduiește cu orice preț să pară inteligentă), strategii care pot deveni supracompensatorii, și care, până la urmă, au efecte contrare celor așteptate (Young, 1990).

Aceste strategii supracompensatorii nu numai că pot altera interacțiunile sociale, dar se pot transforma și într-un fel de comportamente de asigurare și, din acest motiv, pacientul trebuie determinat să le abandoneze.

Mai ales când strategiile supracompensatorii s-au instalat de mult timp, terapeutul va trebui să-l ajute pe pacient să-și pună la punct noi strategii, mai eficiente, de interacțiune socială.

Acestea sunt explicate și apoi exersate în timpul ședințelor de psihoterapie sub forma unor jocuri de rol: inițierea unei conversații, refuzul unor solicitări, acceptarea criticii, adresarea și primirea de complimente, acceptarea unor discuții în contradictoriu etc.

Factori care complică tratamentul pacienților fobici (Butler, 1989)

1. În tulburările afective, cum ar fi anxietatea, depresia, atacurile de panică (acestea din urmă sunt cel mai frecvent întâlnite la agorafobici), se recomandă o combinație de metode: respirația controlată, restructurarea cognitivă și tehnica expunerii (este utilă mai ales pentru pacienții care suferă de atacuri de panică și anxietate situațională).

Depresia accentuată, asociată cu lipsa de energie, oboseală și incapacitatea de concentrare a atenției, poate întârzia tratamentul pentru că subiectul nu are forța să-și ducă la bun sfârșit temele pentru acasă. Din acest motiv este necesar ca depresia să fie tratată separat.

Decizia privind tulburarea care trebuie tratată mai întâi poate fi luată ținând seama de faptul dacă fobia reprezintă factorul primar care a generat depresia sau nu. Atât în cazul agorafobiei, cât și fobiei sociale, depresia nu face decât să întrețină fobia, pentru că accentuează tendința de retragere a subiectului. Fobicii depresivi sunt ușor de descurajat.

2. Tulburările de personalitate. Prezența unei tulburări de personalitate nu trebuie să constituie un motiv pentru a renunța la tratament. În astfel de cazuri progresul e mai lent pentru că ostilitatea, dependența sau imaginea de sine scăzută pot interfera cu demersul psihoterapeutic.

3. Dependența de alcool sau droguri. Dacă dependența este severă, așa cum se întâmplă la aproximativ 7% din agorafobici și 20% dintre subiecții cu fobie socială (Amies, Gelder și Shaw,

1983), trebuie început cu tratamentul dependenței, abia apoi trecându-se la terapia fobiei.

În cazuri mai puțin grave se poate îmbina tehnica expunerii progresive cu cea a controlului simptomelor, astfel încât pacientul să substituie o formă de control cu alta, mai puțin nocivă. Majoritatea autorilor sunt de părere că medicația anxiolitică trebuie redusă progresiv.

4. Problemele interpersonale sunt frecvente la agorafobici, unde teama legată de stabilitatea unei relații poate contribui la menținerea fobiei. Este dificil să abandonezi pe cineva care nu se poate descurca singur, dar în același timp partenerul poate să considere dificil să manifești simpatie pentru fricile iraționale ale pacientului. Partenerul poate înțelege greșit problema sau poate să-și asume sarcinile dificile ale pacientului, împiedicând expunerea progresivă.

Totuși, în majoritatea cazurilor, prezența unui prieten sau a rudelor apropiate este utilă pentru succesul terapiei. Trebuie însă ca persoanei să-i fie clar explicate principiile psihoterapiei.

Dificultățile care apar în cursul terapiei, cum ar fi, de pildă, nerespectarea îndeplinirii temelor pentru acasă, pot fi abordate prin intermediul unor tehnici cognitive. Aceasta trebuie utilizată pentru a explora motivele eșecurilor, care pot implica atât dificultăți practice de organizare a timpului, cât și gânduri iraționale: de pildă, că fobia este transmisă ereditar sau este nemodificabilă.

Terapeutul trebuie să susțină speranța pacientului fără a-i garanta succesul în mod categoric, acesta depinzând de eforturile personale ale pacientului. Terapeutul trebuie să sublinieze succesele pacientului, aducându-l pe acesta la convingerea că dacă va exersa mai mult se va simți mai bine.

De asemenea, trebuie discutate cu pacientul expectațiile pentru viitor, atrăgându-i-se atenția că fluctuațiile anxietății în cazul fobiilor și micile căderi sunt un fenomen obișnuit, dar și faptul că recăderile țin și de unii factori situaționali (stres, îmbolnăvire etc.) și că el va putea face față situației folosind strategiile învățate în cursul psihoterapiei.

Înainte ca tratamentul să se încheie trebuie elaborat împreună cu pacientul un program pentru viitor, pentru ca acesta să

poată face faţă dificultăţilor care pot să mai apară. Acesta trebuie exprimat cu cuvintele pacientului şi cuprinde strategiile folositoare în diverse situaţii.

Acelaşi autor ne propune *un model de plan pentru viitor* (Butler, 1989):

1. Nu te da în lături de la lucruri dificile. Fă-le repede, înainte de a avea timp să te îngrijorezi din cauza lor.
2. Aminteşte-ţi de câte ori a trebuit să exersezi mersul la magazin înainte de a te simţi bine. Acum şi mersul la piaţă sau în oraş este în regulă.
3. Fă exerciţii de relaxare măcar o dată pe săptămână.
4. Nu te lăsa copleşit de grozăvia situaţiei; este mai constructiv să te gândeşti la progresele realizate şi la ce ai de făcut în viitor. Notează paşii mici la orice ai de făcut.
5. Revezi jurnalele trecute care îţi arată cum au progresat lucrurile şi cât de mult a trebuit să lucrezi asupra ta până când lucrurile s-au îmbunătăţit.
6. Mergi la magazin sau la piaţă şi singură, nu numai însoţită, deşi ţi-e mai comod aşa.
7. Planifică-ţi să mergi la toate concertele lunii viitoare.
8. Expiră lent atunci când te simţi rău.
9. Nu te gândi la ceea ce e mai rău. Cel mai rău lucru nu s-a întâmplat încă.

Dacă lucrurile merg din nou prost:

1. Aminteşte-ţi că toată lumea are recăderi. Nu poţi trece prin viaţă fără să ai şi perioade proaste.
2. Planifică-ţi depăşirea situaţiei în etape. Notează fiecare etapă şi caută să le parcurgi pas cu pas. Notează de fiecare dată cum te simţi.
3. Practică exerciţiile zilnic.
4. Vorbeşte cu familia ta despre cele întâmplate.

Unul din obiectivele tratamentului este ca pacientul să capete încrederea că va putea să-şi rezolve problemele singur. Terapeutul va accentua acest obiectiv, plasând gradat responsabilitatea pe umerii pacientului, devenind tot mai puţin directiv şi mărind intervalul dintre şedinţele de psihoterapie.

CAPITOLUL 7

Psihoterapia cognitiv-comportamentală a agorafobiei şi a atacurilor de panică

Atacurile de panică sunt definite ca reprezentând apariţii bruşte sau intensificări bruşte ale anxietăţii, acompaniate de cel puţin 4 până la 13 simptome somatice şi/sau psihice (Manualul Diagnostic şi Statistic D.S.M. IV, A.P.A, 1994).

Simptomele somatice mai frecvent întâlnite sunt: palpitaţii, ameţeli, transpiraţii abundente, senzaţie de sufocare, dificultăţi în respiraţie, tremor şi senzaţie de derealizare, iar simptomele psihice se referă mai ales la teama subiectului că va muri, că va face un atac de cord sau un atac cerebral, că se va sufoca, va leşina sau va muri.

Există şi situaţii în care se manifestă mai puţin de 4 simptome şi în acest caz avem de-a face cu atacuri cu simptome limitate (Wells, 1999).

Observaţiile clinice au evidenţiat atacuri care apar în anumite situaţii, în timp ce altele au un caracter spontan, declanşându-se parcă din senin.

Pentru a putea diagnostica tulburarea de tip atac de panică în conformitate cu criteriile D.S.M. IV (A.P.A. 1994) este necesar ca subiectul să fi suferit cel puţin două atacuri de panică recurente şi neaşteptate, urmate de o perioadă de aproximativ o lună în care acesta să-şi fi făcut griji permanente în legătură cu posibilitatea apariţiei unui nou atac sau în care s-au produs modificări evidente în sfera comportamentală legate de apariţia atacurilor respective.

În terapia atacurilor de panică este necesar să se aibă în vedere şi excluderea unor factori organici, care se referă la consumul de cofeină sau amfetamine, stări de intoxicaţie sau hipertiroidie.

Subliniem, de asemenea, faptul că fenomene asemănătoare cu atacul de panică pot apărea şi în cursul altor tulburări anxioase, cum ar fi fobia socială sau claustrofobia, atunci când pacientul se confruntă cu situaţiile anxiogene.

În unele cazuri, atacurile de panică se manifestă noaptea, când subiectul se trezeşte brusc din somn şi este cuprins de o stare de anxietate intensă.

Există şi o strânsă interrelaţie între agorafobie şi atacurile de panică: mulţi agorafobici prezintă şi atacuri de panică, după cum unii subiecţi cu atacuri de panică dezvoltă un comportament de tip agorafobic evitând situaţiile în care cred că s-ar putea produce un atac de panică, fapt ce contribuie la o limitare serioasă a stilului lor de viaţă.

Agorafobia este definită, conform Manualului Diagnostic şi Statistic (D.S.M. IV) ca reprezentând anxietatea resimţită de subiect atunci când se află în locuri sau situaţii din care ar fi dificil sau jenant să iasă sau în care nu dispune de un ajutor din afară în cazul producerii unui atac de panică situaţional sau neaşteptat.

Acum 10 ani, Lena, o profesoară în vârstă de 26 de ani, a suferit primul atac de panică. Ea stătea la coadă şi dintr-o dată i s-au muiat picioarele, inima a început să-i bată cu putere şi a avut o puternică senzaţie de ameţeală. Din acel moment viaţa Lenei s-a schimbat, ea fiind mereu frământată de două întrebări: „Oare mi se va face rău?" şi „Ce pot să fac pentru a evita ca situaţia să se mai repete?" Ea a început să evite toate situaţiile din care nu putea ieşi foarte repede: să călătorească cu mijloace de transport aglomerate, cu metroul, cu avionul, să meargă la spectacole şi, în cele din urmă, chiar să meargă singură pe stradă.

Datorită problemelor sale ea a trebuit să renunţe la o bursă în străinătate şi în cele din urmă chiar la serviciu, fapt ce a făcut-o să se simtă şi mai nefericită.

Diagnosticul pus de psihiatru în acest caz este cel de agorafobie cu atacuri de panică şi se caracterizează prin frica invalidantă pe care o simte subiectul ori de câte ori se află în afara casei, unde se simte în siguranţă. Frica se declanşează mai ales când

aceasta se află în locuri de unde nu poate ieşi repede sau unde nu poate primi imediat un ajutor. Această frică este atât de puternică încât ia forma unui atac de panică.

Agorafobia este considerată de specialişti ca fiind cea mai răspândită şi mai invalidantă fobie (Marks, citat de Fensterheim şi Baer, 1977).

Fensterheim şi Baer (1977) subliniază faptul că un pacient suferind de atacuri de panică trebuie să afle următoarele:

1. Primul atac de panică atinge intensitatea maximă. Aceasta înseamnă că subiectul nu trebuie să se aştepte că atacurile sale vor creşte în intensitate şi că el se va simţi din ce în ce mai rău. Următoarele atacuri pot să fluctueze în jurul celui de amplitudine maximă.

2. Subiectului trebuie să i se explice clar şi cu argumente că nu are o boală de inimă, o tumoră cerebrală sau epilepsie.

3. Teama cea mai teribilă a pacientului este că **va face un atac de panică**. Din acest motiv, mulţi autori au tendinţa de a înlocui termenul de agorafobie cu cel de stare anxioasă cu caracter fobic.

Agorafobicii se simt mai în siguranţă atunci când se află aproape de ieşirea dintr-o clădire (magazin, cinematograf), când există un telefon la îndemână sau când apartamentul în care locuiesc sau pe care-l vizitează se află la parter.

De asemenea, ei preferă străzile mai puţin aglomerate, mijloacele de transport cu opriri frecvente (deşi unii dintre ei nu pot călători deloc cu mijloace de transport în comun), se simt mai în siguranţă în apropierea unor unităţi sanitare, secţii de poliţie sau locuinţei unor cunoscuţi, locuri în care ei sunt convinşi că pot primi ajutor şi sunt dependenţi de anumite persoane cărora le cer să-i însoţească pretutindeni, ceea ce creează mari dificultăţi familiei.

Aceşti pacienţi pun în acţiune mecanismele de evitare, asociind producerea atacului de panică cu situaţia în care acesta s-a produs, fapt ce are drept consecinţă evitarea respectivelor locuri sau situaţii. Deoarece atacul de panică se poate produce în multe locuri sau situaţii, subiecţii ajung să extindă din ce în ce mai

mult comportamentul de evitare, unii dintre ei fiind în situația de a nu mai părăsi locuința.

4. Agorafobicii cu sau fără atacuri de panică se tem să ia medicamente pentru că acestea au efecte secundare (senzație de oboseală, transpirații etc.), iar subiecții sunt atât de sensibili la orice senzație corporală încât refuză orice medicament, inclusiv aspirina. Există și situația inversă, unii agorafobici devenind dependenți de tranchilizante și/sau alcool.

5. Persoana suferă de dispoziție depresivă, care poate avea originea atât în situația de agorafobic, situație ce conduce la un stil de viață restrictiv, cât și în sentimentul de pierdere a autostimei. Subiectul trăiește tensional faptul că ceilalți oameni pot face o serie de lucruri pe care el nu le poate face.

6. Pacientul se simte epuizat, lipsit de energie, incapabil să se mobilizeze pentru a întreprinde ceva important. El elaborează planuri de viitor, la care renunță însă foarte repede. „Nu pot să-mi planific nimic dinainte – spunea o agorafobică. Dacă mă voi simți rău în ziua respectivă, nu mă voi duce acolo unde mi-am propus."

7. Agorafobicul se simte neînțeles de cei din jur.

O altă agorafobică relata: „soțul meu mă ajută și are grijă de mine, dar el s-a săturat de toată situația asta".

De regulă, partenerul de viață al agorafobicului ajunge, în cele din urmă, fie să se sature sau să se enerveze din cauza solicitărilor exagerate ale pacientului, fie dezvoltă un comportament excesiv de protector față de acesta. Trebuie subliniat însă că și în acest din urmă caz în spatele comportamentului protector se poate ascunde un resentiment mascat.

Există și cazuri, foarte rare, când soțul obține mari satisfacții de pe urma dependenței soției agorafobice; în momentul în care aceasta își ameliorează starea în urma psihoterapiei, el manifestă tendința de a căuta altă femeie dependentă.

8. Stilul de viață al subiectului devine foarte restrictiv, în sensul că nu poate merge la serviciu, la cumpărături, la teatru, la petreceri.

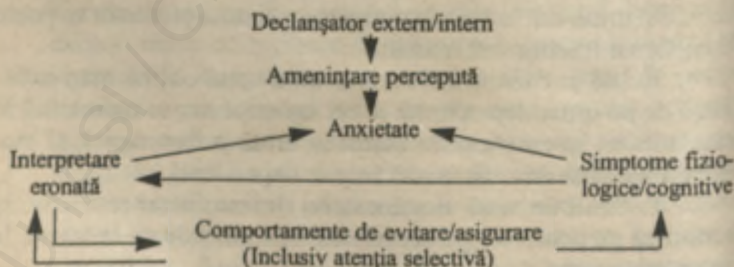
9. Mulți agorafobici manifestă tendința de a-și disimula simptomele. Aurelia, o încântătoare artistă plastică, soție de dem-

nitar, nu a mai ieşit din casă singură de 10 ani. Ea a pus la punct un întreg sistem de scuze şi minciuni pentru a-i face pe prieteni s-o însoţească („Tocmai mi s-a stricat maşina, nu vii să mă iei?"), astfel încât nici unul dintre cunoscuţii ei nu este la curent cu problemele şi dificultăţile pe care le întâmpină.

10. Agorafobicul îşi pune în permanenţă întrebări de genul: „Ce se va întâmpla dacă fac un atac de panică?" sau „De ce mi se întâmplă aceasta tocmai mie?" etc. Din acest motiv, psihoterapiile de profunzime, centrate pe cauzele care au produs tulburarea, sunt foarte căutate de aceşti pacienţi.

Modelul cognitiv al atacului de panică

Beck şi colaboratorii (1985) şi Clark (1986) sunt de părere că pacienţii care suferă de atacuri de panică se tem de anumite senzaţii corporale sau anumite stări psihice. Modelul cognitiv propus de Clark (1986; 1988) postulează faptul că la baza atacului de panică se află o secvenţă de evenimente care formează un cerc vicios şi care presupune interpretarea catastrofizantă a unor simptome fiziologice sau psihice, considerate ca semne ale unei catastrofe iminente. De pildă, palpitaţiile vor fi interpretate de subiect ca fiind simptomele unui atac de cord, ameţelile ca semn că subiectul va leşina, iar dificultăţile de concentrare a atenţiei ca simptome ale unui acces de nebunie.



Modelul cognitiv al atacului de panică
(după Clark, 1986, şi Wells, 1999)

În cadrul acestui model o serie de stimuli de natură internă sau externă, care sunt percepuți de subiect ca fiind amenințători, vor conduce la declanșarea anxietății cu simptomele fiziologice specifice acesteia. Dacă simptomele respective vor fi interpretate de subiect ca fiind semnele unui posibil dezastru, se va produce o accentuare a anxietății și acesta va fi prins într-un cerc vicios, care va culmina cu atacul de panică.

O dată declanșat, acesta va fi menținut de cel puțin trei elemente: atenția selectivă îndreptată asupra senzațiilor fiziologice, comportamentele de asigurare și comportamentele de evitare (Clark, 1988; Salkovskis, 1991; Wells, 1990).

Atenția selectivă față de anumite senzații corporale poate scădea pragul perceperii acestui tip de senzații, accentuând intensitatea lor subiectivă. Din acest motiv pacientul va fi mai înclinat să interpreteze în mod eronat aceste fenomene și va intensifica acțiunile de asigurare pentru a preîntâmpina producerea așa-ziselor catastrofe. Aceste conduite îl vor împiedica să infirme convingerile legate de producerea evenimentelor negative de care se teme și vor intensifica, la rândul lor, senzațiile fiziologice anxiogene.

Astfel, de pildă, pacienții care interpretează slăbiciunea din picioare ca pe un semn de leșin, vor avea tendința să se așeze pe scaun, să se sprijine de ziduri, să se întindă pe jos sau să încordeze mușchii pentru a preveni producerea leșinului.

Efectul negativ al conduitelor de asigurare este și mai evident la subiecții care interpretează unele dificultăți respiratorii ca pe un semn că se vor sufoca. Încercând să-și controleze respirația, aceștia vor genera simptome specifice hiperventilației: amețeli, senzație de disociere și în cele din urmă o îngreunare și mai accentuată a respirației.

Putem afirma că aceste comportamente de asigurare mențin atacul de panică prin intermediul următoarelor mecanisme:

– împiedică infirmarea gândurilor legate de interpretările eronate ale unor senzații fiziologice pentru că nonapariția catastrofei de care se teme bolnavul este pusă pe seama acestor com-

portamente şi nu pe seama faptului că anxietatea nu produce nici un fel de dezastru în plan fizic;

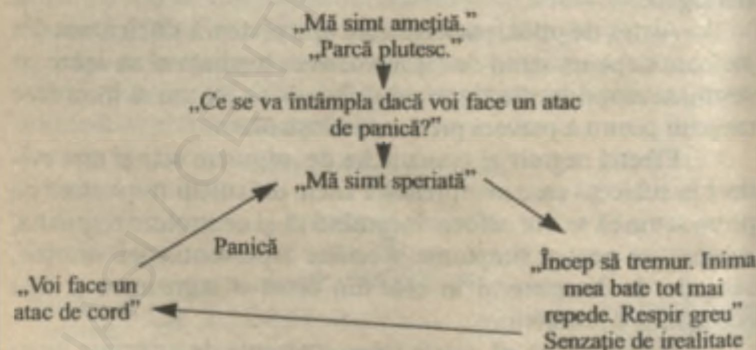
– anumite comportamente de asigurare chiar exacerbează anumite simptome fizice şi psihice;

– evitarea situaţiilor anxiogene menţine tulburarea de tip atac de panică pentru că limitează posibilităţile subiectului să trăiască starea de anxietate şi să descopere singur că aceasta nu produce nici un fel de catastrofă.

Evaluarea din cadrul terapiei cognitiv-comportamentale a atacului de panică urmăreşte obţinerea unor informaţii referitoare la natura interpretărilor catastrofizante, descrierea în detaliu a senzaţiilor corporale de care se teme subiectul, precum şi precizarea naturii comportamentelor de evitare-asigurare.

Trasarea modelului cognitiv al atacului de panică se realizează după identificarea secvenţei de evenimente care apar în cazul unui atac specific de panică de dată recentă, care va fi analizat de către terapeut împreună cu pacientul.

Prezentăm mai jos modelul atacului de panică realizat pentru Laura, ingineră în vârstă de 32 de ani:



Dialogul purtat de terapeut cu pacienta poate îmbrăca forma următoare:

Terapeutul: Când a avut loc ultimul tău atac de panică?
Laura: Ieri dimineață. Mi-a fost foarte rău.
T: Aș dori să-mi povestești cu lux de amănunte ce ți s-a întâmplat. Cele petrecute îți sunt clare în minte?
L: Cred că da.
T: A fost vorba de un atac de panică obișnuit?
L: Da, dar am avut în trecut stări și mai rele.
T: Hai să analizăm împreună cele întâmplate. Unde te aflai și ce făceai înainte ca atacul de panică să se producă?
L: Mă aflam la firmă și vorbeam la telefon cu un client când mi s-a făcut rău dintr-o dată.
T: Care a fost primul lucru pe care l-ai remarcat ? Ai simțit vreo senzație sau ți-a venit în minte vreun gând?
L: M-am simțit puțin amețită; parcă pluteam și parcă eram desprinsă de realitate.
T: Atunci când ai remarcat faptul că trăiești o senzație de irealitate, ce gânduri ți-au venit în minte?
L: M-am întrebat ce va fi dacă voi face un atac de panică.
T: Când ți-a trecut prin minte acel gând ce ai simțit?
L: M-am simțit foarte speriată de faptul că voi declanșa un atac puternic de panică.
T: Te-ai simțit foarte anxioasă, nu-i așa?
L: Da, m-am gândit că ar putea fi un atac puternic de panică și mi-am dorit să ies din situație.
T: Ce senzații ai trăit atunci când te-ai simțit speriată?
L: Am început să tremur și inima a început să bată tot mai tare.
T: Ai remarcat și alte senzații? Ce s-a întâmplat cu senzația de irealitate?
L: A fost mult mai rău, am început să am și dificultăți de repirație.
T: Atunci când ai simțit toate acele senzații: tremurături, puls accelarat, senzație de irealitate și senzație de sufocare, ce gânduri ți-au trecut prin minte?
L: Am gândit că începe atacul de panică și că nu mă pot controla.
T: Te-ai gândit că s-ar putea întâmpla ceva foarte rău?
L: Da, am gândit că voi muri.
T: Și cum ai crezut că vei muri?

L: Am gândit că voi face un atac de cord.

T: Ce s-a petrecut cu anxietatea ta atunci când ai gândit toate acesta?

L: A fost şi mai rău, chiar am intrat în panică.

T: În plin atac de panică, evaluează pe o scală de la 0 la 100, cât de mult credeai că vei face un atac de cord.

L: Credeam în proporţie de 80%.

Dialogul prezentat mai sus permite pacientului şi terapeutului să identifice comportamentele ciclului prin intermediul căruia se formează şi se menţine atacul de panică. În acest caz, declanşatorul a fost trăirea unui sentiment de irealitate, moment în care a apărut gândul negativ automat: „Ce se va întâmpla dacă voi face un atac de panică?"

În acest moment se declanşează anxietatea cu senzaţiile asociate (tahicardie), urmate de interpretarea catastrofizantă („O să fac un atac de cord!"), fapt ce contribuie la o creştere şi mai accentuată a anxietăţii.

Punctul de pornire al terapiei este adresarea de provocări şi înlăturarea interpretărilor eronate ale fenomenelor fiziologice trăite de subiect.

O dată evidenţiat cercul vicios specific atacului de panică, urmează identificarea comportamentelor de asigurare puse în acţiune de pacient. Aceste comportamente pot să fie explicite, ca în cazul agorafobiei, când persoana renunţă să iasă din casă, sau implicite, ca în cazul celor care evită să practice exerciţii fizice deoarece se tem că vor face un atac de cord.

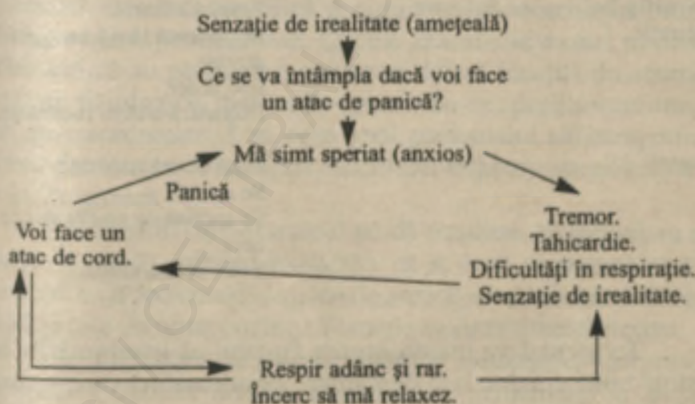
În cele mai multe cazuri simpla întrebare „Ce tipuri de comportamente eviţi atunci când te cuprinde teama?" este suficientă pentru a evidenţia conduitele de asigurare. Terapeutul va adresa apoi şi alte întrebări pentru a obţine mai multe detalii cu privire la comportamentele de evitare puse în acţiune de pacient.

Prezentăm mai jos un exemplu de dialog terapeutic menit să evidenţieze comportamentele de asigurare.

T: Atunci când te simţi anxioasă şi eşti convinsă că vei face un atac de cord, întreprinzi ceva pentru a te proteja, pentru a preveni producerea atacului de cord?

P: Încerc să mă relaxez și să-mi liniștesc bătăile inimii.
T: Ce faci pentru a te relaxa și pentru a-ți calma bătăile inimii?
P: Îmi spun în gând că trebuie să mă destind și încerc să respir adânc și mai rar.
T: Se pare că ți-ai pus la punct o anumită strategie pentru a-ți controla anxietatea. Cât de mult crezi că dacă nu vei aplica strategia ta se va întâmpla ceva îngrozitor, ca de pildă declanșarea unui infarct?
P: Cred că voi face un atac de cord sau voi leșina.
T: Apreciază pe o scală de la 0 la 100 cât de mult crezi că vei leșina sau vei face un atac de cord.
P: Cam în proporție de 60%.

În continuare terapeutul îl va ajuta pe pacient să includă și comportamentele de asigurare în cadrul cercului vicios al formării atacului de panică.



Cercul vicios al atacului de panică (adaptat după Wells, 1999)

Terapeutul va oferi în continuare explicații referitoare la modul în care atacurile de panică se datorează interpretărilor catastrofizante ale senzațiilor fiziologice firești, precum și modului în care comportamentele de asigurare nu fac decât să mențină tulburarea.

Acelaşi autor (Wells, 1999) ne prezintă câteva exemple de senzaţii fiziologice, interpretări catastrofizante şi comportamente de asigurare/evitare.

Senzaţii	*Interpretări eronate*	*Comportamente de asigurare*
Palipitaţii. Durere în piept.	Atac de cord. Moarte.	Relaxare. Reducerea ritmului cardiac. Subiectul se aşează. Evită efortul fizic.
Senzaţie de irealitate (de disociere).	Pierderea controlului. Nebunie.	Face aforturi să-şi păstreze controlul. Verifică memoria. Caută să-şi controleze gândurile. Caută posibilităţi de a ieşi din locul respectiv
Dificultăţi de respiraţie.	Sufocare.	Respiră adânc. Se plasează lângă un geam deschis. Iese la aer. Utilizează tablete mentolate.
Ameţeli.	Leşin.	Controlează respiraţia. Se aşează. Se sprijină de cineva sau de ceva. Evită să iasă singur.

Terapeutul va insista asupra faptului că interpretările catastrofizante conduc la o descărcare de adrenalină care va exacerba anxietatea.

Tehnici psihoterapeutice utilizate

I. Strategii de conştientizare

1. Metoda cuvintelor pereche (Clark şi alţii, 1988) are menirea de a evidenţia efectul gândurilor asupra anxietăţii şi

senzațiilor fiziologice specifice acesteia. Ideea de la care se pornește este că simplul gând legat de o posibilă catastrofă poate declanșa reacții fiziologice și anxietate accentuată. Sarcina se prezintă pacientului fără a i se oferi explicații referitoare la ce anume se urmărește.

Acesta este solicitat să citească perechi de cuvinte cu voce tare și să se concentreze asupra semnificațiilor acestora. Perechile de cuvinte se prezintă la un interval de 5-10 secunde și sunt de tipul următor:

Amețeală – Leșin
Palpitații – Atac de cord
Senzație de irealitate – Nebunie
Slăbiciune – Leșin
Dificultăți de respirație – Sufocare etc.

După ce a citit perechile de cuvinte timp de câteva minute, pacientul este întrebat dacă a simțit ceva deosebit în timpul desfășurării experimentului. În cele mai multe cazuri pacienții relatează că au perceput o anxietate difuză însoțită de anumite senzații fiziologice, mai rar înregistrându-se apariția unei anxietăți mai accentuate. I se cere apoi pacientului să interpreteze aceste fenomene în termenii modelului cognitiv specific al atacului de panică.

În cazul în care exercițiul nu dă rezultate, terapeutul va renunța la acesta, oferind explicația că a dorit să testeze reacția pacientului la lectura unor materiale anxiogene și afirmând că lipsa reacției este un semn pozitiv că terapie va da rezultatul scontat.

2. Concentrarea atenției asupra senzațiilor corporale. Obiectivul acestei metode constă în a demonstra că atenția selectivă îndreptată spre interior contribuie la o conștientizare mai accentuată a senzațiilor fiziologice, fapt ce are drept consecință exacerbarea acestora. Se poate cere, de pildă, subiectului să se concentreze asupra bătăilor inimii. La majoritatea persoanelor anxioase se va constata o accelerare a ritmului cardiac.

3. Exerciții de accentuare a comportamentelor de asigurare. Terapeutul va manipula în timpul ședinței de psihoterapie

unele comportamente de asigurare utilizate de pacient, pentru a-i demonstra modul în care acestea contribuie la menţinerea şi chiar la intensificarea senzaţiilor fiziologice secifice anxietăţii. Se va atinge şi problematica modului în care aceste conduite împiedică şi infirmarea veridicităţii gândurilor catastrofizante.

Astfel, de pildă, unui pacient suferind de atacuri de panică şi care utilizează respiraţie profundă controlată pentru a preîntâmpina o presupusă sufocare i se poate cere să respire mult mai profund şi mai amplu, efectul fiind apariţia ameţelii, palpitaţiilor, senzaţiei de leşin, dificultăţilor de vedere şi senzaţiei de slăbiciune.

Terapeutul va explica faptul că, deşi pacientul nu va respira atât de amplu pentru a preîntâmpina producerea catastrofei de care se teme, exerciţiul a fost utilizat pentru a demonstra ce anume se poate întâmpla: că şi unele modificări minore la nivel fiziologic produse de oscilaţii ale ritmului respirator devin mai evidente în timpul unui atac de panică atunci când anxietatea este activată.

4. Utilizarea unor metafore menite să-i determine pe pacienţi să renunţe la comportamentele de asigurare. Prezentăm în cele ce urmează un exemplu de metaforă de acest tip (Wells, 1999): „Există unii oameni care se tem de vampiri şi care devin foarte speriaţi atunci când se apropie noaptea. Pentru a se proteja, ei ţin prin preajma lor căţei de usturoi. Desigur că nimeni nu a văzut până acum vreun vampir, aşa că probabil usturoiul lucrează. Ce credeţi că ar trebuie să întreprindă astfel de oameni pentru a se convinge de faptul că nu există vampiri?"

II. Strategiile de reatribuire au rolul de a construi un set cognitiv care să faciliteze realizarea experimentelor de infirmare a gândurilor şi convingerilor negative generatoare de anxietate, cunoscut fiind faptul că obiectivul terapiei cognitive în cazul atacurilor de panică rezidă în reducerea interpretărilor eronate ale senzaţiilor fiziologice, precum şi în eliminarea comportamentelor de evitare/asigurare.

Experimente în sfera comportamentală

Acestea implică producerea voluntară a unor senzații fiziologice asociate cu anxietatea în vederea infirmării convingerilor negative în legătură cu producerea unor posibile catastrofe.

Wells (1999) este de părere că utilizarea unor tehnici de reducere a simptomelor, cum ar fi, de pildă, relaxarea sau hipnoza, nu sunt indicate în cadrul acestui tip de psihoterapie deoarece acestea se pot transforma în comportamente de asigurare.

Cu toate acestea, experiența noastră clinică (Holdevici, 1999, 2000) a demonstrat că aceste tehnici s-au dovedit utile, fiind aplicate independent de experimentele din sfera comportamentală, mai ales atunci când se utilizează în calitate de sugestii gândurile raționale alternative. Mai mult, există situații în care pacienții prezintă și probleme somatice reale, situație în care provocarea voluntară a simptomelor este contraindicată.

Exercițiile de provocare a reacțiilor de panică se referă la inducerea în cadrul cabinetului de psihoterapie a unor senzații asemănătoare celor pe care pacienții au tendința de a le interpreta în mod catastrofizant. Pentru succesul demersului terapeutic, este necesară o cunoaștere în detaliu a senzațiilor de care se teme pacientul, precum și a interpretărilor eronate pe care le conferă el acestor senzații.

Așa cum am mai sublinat, obiectivul acestor experimente constă în infirmarea credințelor absurde legate de faptul că s-ar putea produce anumite catastrofe de care se teme subiectul. Pentru succesul terapiei, convingerile pacienților cu privire la posibilitatea producerii evenimentelor negative de care se tem trebuie testate înainte și după aplicarea tehnicii.

Trebuie să recunoaștem că experimentele de provocare a unui atac de panică declanșează anxietatea nu numai la pacient, ci și la psihoterapeut, care poate avea rezerve în a-i provoca pacientul său o stare de disconfort, terapeutul temându-se că pacientul va declanșa un atac de panică, atac ce nu va putea fi ținut sub control.

Wells (1999) consideră că și psihoteraputul, la rândul său, trebuie să combată unele convingeri disfuncționale și lipsite de

logică, de tipul: „Trebuie ca totdeauna să-l fac pe pacintul meu să se simtă mai bine şi nu mai rău"; „Dacă îi voi cere pacientului meu să facă un anumit lucru care nu îi este pe plac, acesta se va supăra pe mine"; „Dacă îi voi cere pacientului meu să facă un anumit lucru, acesta va abandona tratamentul"; „Dacă voi face în aşa fel încât pacientul meu să intre în panică, eu nu voi putea ţine situaţia sub control"; „Ce se va întâmpla dacă pacientul meu îşi va pierde controlul?".

Cel mai frecvent experiment de provocare voluntară a atacului de panică este hiperventilaţia. Prin intermediul acesteia se poate provoca subiectului senzaţie de ameţeală, de leşin, de disociere psihică, modificări în sfera vizuală, tahicardie şi chiar dificultăţi respiratorii.

Sarcina este administrată tocmai pentru a infirma interpretările eronate conferite de subiect simptomelor respective. Pacientului i se cere să stea în picioare şi să realizeze un număr de inspiraţii forţate un timp suficient de lung pentru ca pacientul să se convingă de faptul că nu se va întâmpla nimic rău.

Experimentul de hiperventilaţie poate fi combinat cu tehnici de contracarare a comportamentelor de evitare/asigurare. Astfel, dacă teama cea mai puternică a pacientului este legată de ideea că va înnebuni, iar comportamentele de evitare au drept obiectiv să-şi controleze mentalul, terapeutul îi poate cere să realizeze exerciţii de hiperventilaţie în acelaşi timp cu tentativa de pierdere a autocontrolului (să deruleze în minte gânduri nebuneşti).

În cazul în care teama principală este legată de pierderea autocontrolului în sfera comportamentală, i se poate cere subiectului să realizeze manevre de hiperventilaţie în acelaşi timp cu o serie de acţiuni necontrolate, cum ar fi gesturi ciudate sau strigăte.

Metoda hiperventilaţiei nu trebuie utilizată la pacienţii cardiaci, hipertensivi, astmatici sau în situaţia de sarcină.

Sarcinile comportamentale referitoare la exerciţii fizice sunt indicate mai ales atunci când efortul fizic este evitat de către pacient, care se teme că ar putea suferi un atac de cord. Se

recomandă pacienților în cauză să practice alergarea, mersul vioi, urcatul scărilor, săritul corzii sau alte tipuri de exerciții asemănătoare pentru a infirma convingerile negative în legătură cu posibilitatea producerii unor accidente somatice grave (atac cerebral sau infarct).

În unele cazuri, senzațiile care sunt interpretate greșit sunt cele legate de dureri în zona toracică. O modalitate de a le provoca în mod voluntar constă în a cere pacientului să inspire profund și apoi să expire forțat, fără să lase tot aerul să iasă din plămâni. Dacă se practică acest exercițiu timp de câteva minute, pot să apară senzații de constricție toracică, pacientul având posibilitatea să se convingă de faptul că acestea nu sunt periculoase.

Tehnici verbale de modificare a gândurilor negative și a convingerilor disfuncționale

Psihoterapeutul trebuie să analizeze cu atenție acele situații în care pacienții suferind de atacuri de panică afirmă că fenomenele de care se tem au avut loc cu adevărat (au leșinat, au căzut etc.). În urma unor întrebări formulate atent rezultă că în astfel de cazuri nu era vorba de leșin sau de cădere, ci de comportamente de asigurare (s-au lăsat să cadă pe un fotoliu sau pe o canapea fără să-și piardă cunoștința și să se lovească). În vederea verificării faptului că interpretările lor sunt eronate, psihoterapeutul îl va ghida pe pacient să-și adreseze o serie de întrebări menite să conducă la reatribuirea altor semnificații senzațiilor fiziologice pe care le trăiesc: „De unde știi că atacul de panică va produce o catastrofă?"; „Ai trăit numeroase atacuri de panică. Cum de nu s-a produs încă acea catastrofă de care te temi așa de mult?"; „Ce te determină să crezi că anxietatea va produce un dezastru?"; „Care sunt mecanismele prin care anxietatea îți va produce un rău atât de mare?"; „Cunoști acele fenomene care pot declanșa catastrofe în plan fiziologic?"; Crezi că anxietatea face parte dintre ele?".

Terapeutul va discuta împreună cu pacientul despre erorile de logică ce apar în cursul atacurilor de panică: tendința spre

catastrofizare şi inferenţele arbitrare, acestea funcţionând pe fondul unei abilităţi reduse de testare a realităţii. Dacă pacienţii care suferă de atacuri de panică sunt capabili să adreseze provocări convingerilor negative atunci când nu se află în plin atac, capacitatea lor este semnificativ diminuată când acesta are loc.

Mulţi pacienţi afirmă chiar faptul că în ei parcă sălăşluiesc două persoane, una raţională, care realizează absurditatea gândurilor respective, şi cealaltă iraţională, care se simte covârşită de intensitatea trăirilor anxioase. Conştientizarea acestei situaţii trebuie utilizată pentru a întări necesitatea realizării experimentelor din sfera comportamentală pentru a se confrunta în mod deschis cu teama.

Utilizarea jurnalelor pentru notarea gândurilor negative generatoare de panică

Jurnalele cotidiene reprezintă principala sursă de informaţii referitoare la eficienţa tratamentului sub aspectul reducerii frecvenţei şi intensităţii atacurilor de panică. De asemenea, pe baza acestora se pot identifica mai precis interpretările eronate ale senzaţiilor trăite de subiect.

Prezentăm mai jos un model de jurnal pentru notarea fenomenelor specifice unui atac de panică.

Data	Situaţia	Principalele senzaţii fiziologice (ameţeli, palpitaţii, dificultăţi de respiraţie etc.)	Gânduri negative (interpretări eronate)	Răspunsuri raţionale alternative	Numărul total de atacuri de panică
Luni					
Marţi					

Jurnalele trebuie completate de pacienţi în cadrul temelor pentru acasă. În primele săptămâni de tratament se cere pacientu-

lui să completeze doar primele patru coloane, urmând ca rubrica referitoare la gândurile raționale alternative să fie completată doar după ce pacientul a izbutit să găsească o serie de contraargumente prin intermediul unor tehnici verbale și comportamentale.

Identificarea contraargumentelor împotriva gândurilor negative și convingerilor disfuncționale

Convingerile disfuncționale legate de efectele catastrofale ale senzațiilor fiziologice pot fi destructurate prin intermediul provocării cu ajutorul metodei descoperirii dirijate și apoi înlocuită cu evaluări mai realiste.

Aceste convingeri ale pacienților care suferă de atacuri de panică se referă la faptul că anxietatea poate ucide, poate conduce la nebunie, leșin, atacuri de cord etc. Contraargumentele împotriva lor se adună pe baza contabilizării experiențelor care infirmă aceste convingeri, cât și pe baza experiențelor din sfera comportamentală.

Prezentăm mai jos un dialog purtat de psihoterapeut cu Manuela, o arhitectă în vârstă de 36 de ani, diagnosticată cu atacuri de panică și care se teme că va face un atac de cord:

M: Atunci când intru în panică este îngrozitor pentru că îmi simt inima bătând cu putere, gata să-mi sară din piept.

T: Ce gânduri îți trec prin minte atunci când inima ta bate atât de puternic?

M: Ei bine, vă voi spune ce gândesc. Mă simt atât de rău încât mă tem că voi face un infarct. Nu este bine pentru inima mea să bată atât de puternic.

T: Cu alte cuvinte, te temi de faptul că teama îți va îmbolnăvi inima și îți va provoca un infarct.

M: Cred că îmi poate afecta inima. Am auzit că unii oameni au murit din cauza unui atac de cord produs de stres.

T: Crezi că cu cât oamenii suferă mai multe stresuri în viață cu atât le cresc șansele să moară de infarct?

M: Cred că da.

T: Cum ar fi viața dacă stresul ar conduce totdeauna la infarct?

M: Probabil că stresul nu creează chiar totdeauna probleme, poate doar la unii oameni.

T: Este adevărat, stresul le creează probleme unor oameni care au deja ceva la inimă. Mai mult, stresul nu este acelaşi lucru cu anxietatea sau cu panica apărute brusc. În momentul în care te cuprinde panica, organismul tău secretă adrenalină care, la rândul ei, face ca inima să bată mai repede, iar organismul tău să devină mai activ. Aceste fenomene te pregătesc să faci faţă mai bine unei eventuale primejdii. Dacă secreţia de adrenalină ar produce vreun rău inimii sau organismului în general, cum crezi că ar fi supravieţuit oamenii de-a lungul timpului confruntându-se cu atâtea primejdii? Probabil că ei ar fi pierit de mult.

M: Da, cred că aveţi dreptate.

T: Putem spune deci că panica în sine nu conduce la infarct. Pentru ca acesta să aibă loc trebuie să existe ceva patologic în plan somatic. Atunci când cineva face infarct adesea se recurge la injectarea de adrenalină direct în inimă pentru a o face să pornească din nou. Crezi că medicii ar proceda astfel dacă adrenalina ar face şi mai mult rău inimii?

M: Sigur că nu.

T: Spune-mi acum cât de mult mai crezi că anxietatea şi panica îţi vor îmbolnăvi inima?

Barbu, om de afaceri de 42 de ani, clinic sănătos, cu tensiunea arterială în limite normale, suferă de atacuri de panică. Principala lui teamă este că va face un atac cerebral.

T: Cunoşti cauzele care produc un accident vascular cerebral?

B: Cred că se petrece atunci când creierul încetează să mai funcţioneze.

T: Şi cum se poate opri creierul?

B: Stresul poate conduce la oprirea creierului.

T: În cazul în care stresul îţi poate afecta creierul, cum se face că atacurile de panică nu l-au afectat încă?

B: Dacă mai continuă așa, probabil că se va întâmpla acest lucru.

T: Se pare că îngrijorarea ta principală se referă la faptul că anxietatea îți poate produce un accident vascular cerebral. Acesta are loc atunci când o parte a creierului nu mai este alimentată cu oxigen trensportat de sânge. În acest caz o parte a creierului moare. Afluxul de sânge este oprit atunci când arteriolele se contractă sau se blochează. Crezi că anxietatea poate produce așa ceva?

B: Nu prea cred, dar totuși cum se produce accidentul vascular?

T: Acesta se produce datorită unui cheag de sânge sau datorită spargerii unui vas. Anxietatea nu produce însă așa ceva. Sper că ai înțeles de ce anxietatea nu-ți poate produce un atac cerebral.

Astfel de dialoguri stau la baza procesului de descoperire dirijată și au menirea de a prezenta pacientului noi informații care să-i spulbere convingerile eronate în legătură cu starea de sănătate. Procedeul începe cu identificarea precisă a temerii, relatările pacientului furnizând informații în legătură cu concepțiile și convingerile eronate ale acestuia.

Aceste procedee de tip educațional reprezintă un pas important în cadrul procesului de restructurare cognitivă, ele combinându-se cu demersul de strângere a dovezilor împotriva veridicității convingerilor negative disfuncționale.

Tehnica contraargumentării

Terapeutul îl va ghida pe pacient să adune dovezi care să infirme gândurile negative și convingerile disfuncționale cu privire la producerea unor dezastre în plan somatic. Contraargumentele se adună în timpul discuțiilor cu pacientul, în urma experimentelor realizate în plan comportamental, precum și a analizei altor experiențe trăite de persoana în cauză.

Prezentăm mai jos o fișă de notare a argumentelor și contraargumentelor întocmită de Diana, casnică, de 38 de ani, care suferă de atacuri de panică, teama ei principală fiind că va face un infarct.

Convingere eronată: „Datorită panicii voi face un infarct"
(adaptat după Wells, 1999)

Argumente	Contraargumente
Anxietatea îmi afectează inima.	Stresul reprezintă o problemă doar pentru persoanele care sunt deja bolnave de inimă.
Persoanele vârstnice spun că se poate muri de frică.	Oamenii care sunt supuşi unui stres foarte puternic nu mor de frică (de exemplu, soldaţii pe câmpul de luptă)
Simt furnicături în degete şi dureri în piept atunci când intru în panică.	Anxietatea şi panica sunt asociate cu o secreţie sporită de adrenalină. Adrenalina se administrează ca inima să pornească, nu să se oprească.
Anxietatea conduce la creşterea tensiunii arteriale, iar aceasta este nocivă pentru inimă.	Anxietatea reprezintă un mecanism de supravieţuire; ea nu face rău oamenilor. Inima mea a bătut atunci când m-am simţit speriată şi totuşi nu s-a întâmplat nimic rău. Atacul de panică produce o creştere temporară a tensiunii arteriale, ca şi exerciţiile fizice, care fac bine inimii. Doar atunci când tensiunea arterială este în mod constant prea ridicată, apar probleme medicale.

Metoda comparării simptomelor

Se utilizează în cazul acelor pacienţi care au trăit experienţe cum ar fi, de pildă, cea de leşin şi acestea au servit drept bază pentru interpretările eronate legate de anxietate. Metoda constă în realizarea unei liste complete a simptomelor reale şi compararea acestora cu cele ale panicii. Tehnica se bazează pe faptul că experienţa subiectivă a stării de leşin diferă semnificativ de cea a atacului de panică (Wells, 1999). Dialogul purtat cu pacientul se prezintă astfel:

T: Vom împărţi o foaie de hârtie în două coloane. În partea stângă vom nota ceea ce ai simţit atunci când ai leşinat, iar în partea dreaptă simptomele atacului de panică. Povesteşte-mi cum a fost atunci când ai leşinat.

Simptomele stării de leşin	Simptomele atacului de panică
Totul se întunecă	–
Senzaţie de somnolenţă	–
Evenimentele se derulează mai încet	–
Senzaţie de căldură	Da
–	Lucrurile din jur par mai strălucitoare şi mai neclare
–	Slăbiciune în picioare
–	Tahicardie
–	Uscăciunea gurii
–	Anxietate

P: Eram bolnav de viroză şi aveam febră foarte mare. Am leşinat când m-am îndreptat spre baie.

T: Te-ai simţit speriat?

P: Nu, deloc.

T: Ce senzaţii ai avut înainte să leşini?

P: Totul parcă s-a întunecat şi am avut impresia că o să adorm.

T: Ai mai observat vreo trăire?

P: Da. Parcă timpul se derula mai încet. M-a cuprins şi un val de căldură.

T: Să analizăm acum ce simţi când te cuprinde atacul de panică. Ai senzaţia că totul se întunecă?

P: Nu, dimporivă, parcă totul devine mai luminos.

T: Ai cumva o stare de somnolenţă?

P: Nu, îmi este chiar imposibil să mă relaxez şi totul se derulează parcă mult mai rapid.

T: Ai cumva şi o senzaţie de căldură?

P: Da, mă cuprind valuri de căldură.

T: Iată, în sfârşit, o senzaţie comună celor două tipuri de stări. O vom bifa pe foaia pe care lucrăm. Ce senzaţii mai ai în timpul atacului de panică şi care te duc cu gândul că vei leşina?

P: Am o senzaţie de plutire şi îmi simt picioarele moi.

T: Ce înțelegi prin senzație de plutire?

P: Lucrurile din jurul meu par mai strălucitoare și parcă le văd mai puțin clar.

T: Se pare că este exact invers decât atunci când leșini, nu se mai întunecă totul, nu-i așa?

P: Da, este vorba de altceva.

T: Ce mai simți atunci când te cuprinde atacul de panică?

P: Inima mea începe să bată foarte puternic și îmi simt gura uscată.

T: Ai aceleași senzații și atunci când ești gata să leșini?

P: Nu.

T: Vom revedea acum împreună simptomele stării de leșin și cele ale atacului de panică. Seamănă unele cu altele?

P: Nu, sunt chiar foarte diferite.

Metoda interviului

Pacientul suferind de atacuri de panică este solicitat să intervieveze și alte persoane (rude, prieteni) dacă au trăit simptome asemănătoare. Tipul de întrebări și persoanele cărora li se adresează trebuie însă atent pregătite în timpul ședinței de psihoterapie.

Prevenirea recăderilor

Ultimile 2 – 3 ședințe de psihoterapie sunt dedicate prevenirii recăderilor deoarece pacienții mai prezintă convingeri negative disfuncționale cu caracter rezidual, convingeri care pot să creeze vulnerabilități pentru viitor.

Terapeutul va lucra acum împreună cu pacientul asupra acestor gânduri negative și convingeri reziduale, utilizând aceleași metode ca și în cazul gândurilor și convingerilor disfuncționale primare.

O metodă eficientă pentru prevenirea recăderilor constă în notarea într-un jurnal a tuturor elementelor învățate în cursul terapiei: cauzele atacului de panică, factorii care îl mențin, precum și modalitățile de rezolvare a problemei.

Se reia problematica cercului vicios, a rolului negativ al comportamentelor de asigurare și evitare și se realizează o trecere în revistă a metodelor și tehnicilor de combatere a gândurilor și convingerilor negative disfuncționale.

Solicitarea pacientului să noteze pe o scală de la 0 la 100 cât de tulburat se va simți la apariția unui nou atac de panică reprezintă un indicator important pentru nivelul la care s-a ajuns în urma aplicării demersului psihoterapeutic. Faptul că pacientul se mai teme că va declanșa atacuri de panică în viitor trebuie utilizat ca pretext pentru exersarea și consolidarea deprinderilor achiziționate în timpul terapiei.

Psihoterapia cognitivă a atacurilor de panică durează, în medie, 12 ședințe. Se recomandă încă 2 – 3 ședințe la interval de două, trei luni, pentru a verifica măsura în care achizițiile terapeutice se mențin.

Abordări comportamentale ale agorafobiei și atacurilor de panică

În cazurile mai puțin severe se pot obține rezultate și prin tehnici comportamentale mai simple, care nu necesită un terapeut calificat în abordări cognitive. În prima etapă i se cere pacientului să întocmească o listă cu obiectivele tratamentului, notând acele lucruri pe care dorește să le facă, dar le evită.

Elementele trecute pe listă trebuie să aibă un caracter concret; de pildă, „să merg singură la cumpărături" este o afirmație prea vagă, în timp ce „să merg la alimentara din colț" reprezintă un obiectiv precis.

Sarcinile inițiale de la care pornește trebuie să fie foarte simple, chiar banale (de exemplu, „să se deplaseze pe jos o stație de troleibuz și să stea pe o bancă timp de o oră").

Pentru fiecare agorafobic în parte trebuie alcătuit un plan personal de tratament. Iată un model de obiective psihoterapeutice stabilite la începutul terapiei:

– să stea în fața blocului 15 minute, 30 de minute, o oră, două ore;

– să meargă până la colțul străzii și să rămână acolo o jumătate de oră, o oră, două ore. Să nu părăsească locul respectiv până când nu s-a scurs timpul stabilit. Pacientul poate să stea pe o bancă să citească, să se uite la vitrine;

– să alcătuiască un plan al cartierului și să marcheze locurile unde se teme să se ducă; apoi i se cere să se deplaseze în diverse zone (la poștă, la alimentara, la biserică etc.) și să marcheze cu roșu acele zone unde a avut curajul să se deplaseze. Se urmărește acoperirea întregii hărți a cartierului cu puncte roșii;

– să stea singur în casă o oră, două ore, trei ore (se pornește de la ideea că mulți agorafobici nu vor să rămână singuri de teamă că vor avea un atac de panică și nu va avea cine să-i ajute).

Prezentare de caz (Fensterheim și Baer, 1977)

O tânără femeie, căsătorită, a cărei mamă locuia în blocul de vizavi, stătea singură în casă doar dacă putea să-și contacteze telefonic fie mama, fie soțul. Când soțul pleca de la serviciu, el trebuia să-i telefoneze, spunându-i unde se duce, cât de mult va rămâne în acel loc și să-i lase numărul la care poate fi contactat. Același lucru trebuia să-l facă și mama ei atunci când mergea la cumpărături, la coafor sau la o prietenă. Soțul și mama trebuiau să-și coordoneze astfel programul încât unul dintre ei să poată fi găsit la telefon, în timp ce celălalt se afla pe drum.

Sarcina trasată pacientei a fost următoarea: pacienta trebuie să stea singură vinerea viitoare, când soțul avea o întâlnire de afaceri între orele 11 și 13 și el nu putea fi contactat la telefon.

La fel și mama, care avea programul său. În acea perioadă și psihoterapeutul trebuia să fie plecat din cabinet. Atât soțul, cât și mama trebuiau s-o sune pe pacientă în jurul orei 13, iar aceasta trebuia să-l contacteze pe terapeut la 13 și 15 minute.

Pacienta a relatat că în timpul perioadei „fără telefoane" ea a simțit de mai multe ori acele stări și senzații care o făceau să dea

fuga la telefon: teamă, palpitații, senzație de sufocare etc. Neavând cui să telefoneze, ea a constatat cu surpriză că atacul de panică nu s-a produs, iar senzațiile neplăcute au dispărut de la sine.

Obiectivele intermediare ale psihoterapiei sunt următoarele:

- Travesarea unei străzi largi cu ciculație în ambele sensuri (mulți agorafobici își spun în gând: „Ce se va întâmpla dacă voi leșina în mijlocul străzii?"). Se cere subiectului să traverseze strada înainte și înapoi de 6, 10, 20 de ori, la schimbarea culorii semaforului.
- Pacientul trebuie să rămână la etajul I al unui magazin universal o jumătate de oră, o oră, două ore.
- I se cere subiectului să rămână pe peronul stației de metrou, fără să se urce în el. Este indicat să se aleagă o perioadă când stația nu este nici foarte aglomerată, nici pustie (o stație pustie poate să declanșeze alte tipuri de frici și acestea pot să fie realiste!).
- Să meargă cu liftul în jos și în sus timp de o jumătate de oră.

Obiectivele pentru un stadiu avansat al psihoterapiei sunt:

- Plimbare pe strada comercială principală la ora prânzului.
- Să meargă la etajul cel mai de sus al unui supermagazin.
- Să facă o excursie cu autobuzul sau cu trenul pe o distanță de 2 ore dus, 2 ore întors.
- Să conducă mașina atunci când traficul este foarte intens.

Pacientul trebuie să realizeze o listă cu itemii în ordinea gradului de dificultate și să utilizeze situațiile cele mai facile ca puncte de pornire. Așa cum am mai subliniat, subiectul trebuie să rămână în situație întreaga perioadă stabilită, notând ceea ce face și nu ceea ce simte el.

Prezentare de caz

Acest program a fost aplicat pacientei Cristina, de 27 de ani, căsătorită, cu studii superioare (filologie), care lucra ca traducătoare acasă deoarece nu putea merge singură pe stradă.

Cristina s-a prezentat la cabinet pentru prima oară însoţită de sora ei, care a venit s-o ia de acasă. Cele două au călătorit cu autobuzul. La următoarea întâlnire sora nu a mai venit s-o ia de acasă, Cristina aşteptând-o în staţia de troleibuz, care era foarte aproape. Cu altă ocazie cele două s-au întâlnit în staţia de troleibuz, Cristina călătorind în spate şi având posibilitatea s-o vadă pe sora ei, care era în faţă. Apoi surorile au schimbat locurile, Cristina călătorind în faţă şi sora ei în spate, astfel încât pacienta nu o putea vedea cu uşurinţă pe aceasta din urmă. Sora Cristinei a coborât din autobuz cu o staţie înainte de a ajunge la destinaţie, iar Cristina a mers singură cu troleibuzul într-o perioadă când nu era aglomerat şi sora ei a aşteptat-o la sosire. De atunci Cristina a făcut mai multe călătorii în cursul cărora a avut relativ puţine atacuri de panică, pe care le-a putut stăpâni fără să coboare din troleibuz. Începând cu această perioadă, ea a început să vină singură la cabinetul de psihoterapie. Într-o etapă ulterioară a terapiei, Cristina a început să facă excursii lungi, iniţial însoţită de sora ei, apoi singură. În timpul acestora ea a mai suferit unele atacuri de panică, dar au existat şi perioade în care a uitat complet de faptul că suferă de agorafobie. În urma executării sarcinilor terapeutice propuse ea şi-a dat seama că poate controla atacurile de panică, asistând pasivă la derularea acestora, fără să mai simtă nevoia imperioasă de a coborî din tren sau autobuz.

Un alt principiu al terapiei comportamentale constă în practicarea zilnică a exerciţiilor terapeutice, pentru că altfel se constată un regres în derularea terapiei.

Agorafobicul trebuie să mai aibă în vedere şi următoarele:

1. Să nu devină dependent de tranchilizante sau alcool pentru că în acest caz atacurile de panică nu vor dispărea. Tranchilizantele nu trebuie utilizate decât cu avizul medicului psihiatru şi ele trebuie reduse sau chiar întrerupte începând cu a treia expunere la situaţia anxiogenă. Medicaţia tranchilizantă şi antidepresivă poate opri producerea atacurilor de panică, dar dacă subiectul nu realizează desensibilizarea sistematică, acestea revin o dată cu oprirea tratamentului medicamentos.

2. În cazul în care atacul de panică se declanșează în timpul practicării exercițiilor de desensibilizare, subiectul trebuie să traverseze cu calm situația fără a încerca să oprească reacția de panică, ci dimpotrivă să conștientizeze faptul că nu va cădea, nu va muri și nu va înnebuni. O dată ce învață acest lucru, atacurile de panică vor dispărea.

10 sfaturi care trebuie să le țină minte subiectul în timpul unui atac de panică (Fensterheim și Jean Baer, 1977)

1. Nu contează dacă subiectul se simte îngrozit, nesigur sau are o senzație de irealitatea. Aceste stări nu reprezintă altceva decât exagerarea unor reacții normale la stres.

2. Deși trăiește aceste stări, nu înseamnă că subiectul este foarte bolnav. Trăirile respective sunt foarte neplăcute, îl sperie pe individ, dar nu sunt periculoase, astfel încât nu i se poate întâmpla nimic mai rău de atât.

3. Pacientul trebuie să lase trăirile respective să se deruleze. Încercările de a le reprima nu fac decât să le intensifice și să le facă și mai acute. În momentul în care se declanșează un atac de panică, subiectul trebuie să inspire adânc și apoi să expire prelungit, spunându-și că stările proaste îl părăsesc. Nu trebuie luptat împotriva atacului de panică, acesta trebuind să fie acceptat ca atare.

4. Subiectul trebuie să facă tot posibilul pentru a se simți cât mai bine, fără a ieși din situația psihotraumatizantă. Astfel, dacă el se află pe stradă, se poate sprijini de un zid, dacă se află într-un magazin aglomerat, se poate refugia într-un colț mai liniștit.

5. Nu este indicat ca subiectul să adauge la panica sa gânduri negative cu privire la ceea ce se petrece („De ce nu sunt și eu la fel ca alți oameni normali?"; „De ce trebuie să trec prin toate acestea?"etc.). Dacă subiectul acceptă situația ca atare, lucrul de care se teme el cel mai mult nu se întâmplă.

6. Pacientul nu trebuie să-și spună în gând faptul că se întâmplă ceva îngrozitor și că trebuie să iasă imediat din situație, ci să-și repete în gând: „Nu voi cădea, nu voi leșina, nu voi muri, nu-mi voi pierde controlul".

7. Trebuie să acordăm fricii noastre timpul necesar pentru a dispărea fără s-o luăm neapărat la fugă.

8. Pacientul trebuie să privească situaţiile anxiogene, precum şi trăirile sale ca pe nişte ocazii pentru a exersa autocontrolul.

9. O metodă utilă constă în distragerea atenţiei de la ceea ce se petrece în corpul sau în psihicul subiectului. Este mult mai indicat ca acesta să privească în jur, să fie atent la clădire, la ceilalţi oameni, la maşini etc.

10. Când atacul de panică se produce, pacientul trebuie să relaxeze corpul, să inspire şi să expire profund, lăsând lucrurile să-şi urmeze cursul.

Pe parcursul terapiei subiectul trebuie să se aştepte la faptul că pot apărea efecte secundare sau momente de cădere. Astfel, chiar după unele experienţe încununate de succes, pot să apară momente de depresie sau de slăbiciune, iar atacurile de panică mai pot reveni, chiar după ce subiectul este conştient de faptul că stăpâneşte situaţia.

Aceste momente de recădere se produc mai ales când subiectul este obosit, stresat din alte motive decât cele legate de anxietate şi fobiile sale sau nu se simte bine sub aspect fizic. La femei, perioadele de recădere apar frecvent în timpul perioadei ciclului menstrual.

Sfaturi pentru familiile pacienţilor agorafobici

• Membrii familiei unui subiect agorafobic consideră de cele mai multe ori că acesta este foarte egoist. Ei manifestă resentimente faţă de solicitările absurde ale agorafobicului şi se simt adesea manipulaţi. Ceea ce trebuie să afle membrii unei astfel de familii este că suferinţa subiectului este reală. Chiar dacă subiectul dezorganizează serios viaţa de familie, el nu face acest lucru în mod intenţionat, solicitările sale reprezentând încercări de a se elibera de stările neplăcute.

• Partenerul unei paciente agorafobice trebuie să o ajute, să se facă util, să-şi facă timp să iasă cu ea la plimbare sau la cumpărături. El trebuie să-i propună activităţi suplimentare (să meargă la teatru, la expoziţii etc.), fără însă a exercita presiuni

asupra persoanei cu probleme. Partenerul de viață trebuie, de asemenea, să încurajeze micile progrese ale pacientului și să-i transmită în permanență un sentiment de încredere și de siguranță. Astfel, dacă acesta și-a dat întâlnire cu subiectul la o anumită oră, este indicat să nu întârzie (pentru că acest lucru poate declanșa o reacție de panică), ba chiar să vină cu puțin timp înainte de ora întâlnirii. Afirmațiile de tipul „Poți să lupți cu stările tale" sau „Încetează o dată cu prostiile astea" nu ajută la absolut nimic, pentru că dacă subiectul ar putea să lupte cu stările sale este clar că ar face-o.

• Este mult mai indicată o atitudine mai constructivă. Micile plăceri pe care un membru al familiei le poate face agorafícului vor contribui la diminuarea stărilor sale depresive și astfel acesta va dispune de mai multă energie psihică pentru a realiza exercițiile de desensibilizare.

• Psihoterapeuții comportamentaliști consideră că se obțin rezultate bune dacă se menține un echilibru între încurajări și îndemnurile adresate subiectului să realizeze anumite lucruri. Astfel, de pildă, dacă partenerul își întreabă soția: „Poți să mergi astăzi singură până la colț?" și ea răspunde negativ, acesta poate insista la modul următor: „Dar ce ai putea face astăzi și nu ai mai făcut până acum?".

• Este important ca membrii familiei unor agorafobici să înțeleagă semnificațiile acelor lucruri mărunte care, dacă sunt realizate, reprezintă pași importanți în direcția vindecării. Acestora trebuie să li se transmită sentimentul că sunt înțeleși, că sunt înconjurați de înțelegere și compasiune, precum și ideea că partenerul sau ceilalți membri ai familiei sunt convinși că dacă ei vor face eforturi situația se va ameliora.

De multe ori traversarea unor situații psihotraumatizante severe îi poate ajuta pe agorafobici să-și stăpânească tulburarea, pentru că în condiții de catastrofă sau criză ființa umană pune în acțiune toate disponibilitățile sale latente. Astfel, de pildă, în lagărele de concentrare naziste simptomele fobice au dispărut complet (Fensterheim și Jean Baer, 1977).

CAPITOLUL 8

Psihoterapia tulburării anxioase generalizate

Manualul Diagnostic şi Statistic D.S.M. IV (A.P.A., 1994) postulează că incidenţa acestei tulburări în cadrul populaţiei este de aproximativ 3%, iar 12% dintre pacienţii care se prezintă la clinică pentru tulburări anxioase suferă de această afecţiune.

Studiile clinice au demonstrat superioritatea abordării cognitiv-comportamentale faţă de alte tipuri de intervenţie psihoterapeutică în tratamentul tulburării anxioase generalizate (Durham şi Turvey, 1987; Borcovec şi alţii, 1987; Power, Jarrom, Simpson, Mitchell şi Swanson, 1989; Butler, Fennell, Robson şi Gelder, 1991). Aceleaşi studii au evidenţiat faptul că se obţin rezultate pozitive la aproximativ jumătate din pacienţi.

Particularitatea principală a acestei tulburări constă în teama şi îngrijorarea excesivă a pacientului, care se manifestă aproape continuu şi durează mai mult de şase luni. Subiectul afirmă că nu-şi poate controla anxietatea şi prezintă cel puţin trei din următoarele simptome: nelinişte, senzaţia că se află la capătul puterilor, fatigabilitate, dificultăţi de concentrare a atenţiei, senzaţie de vid mental, iritabilitate, încordare musculară şi tulburări de somn (dificultăţi de adormire, treziri frecvente în timpul nopţii sau somn superficial, neodihnitor, cu senzaţie de oboseală la sculare). Conţinutul temerilor şi îngrijorărilor nu este orientat precis, ca în cazul fobiei sociale sau al tulburării hipocondriace.

Anxietatea permanentă îi provoacă subiectului un disconfort puternic, îi afectează viața și activitatea și nu este datorat abuzului de substanțe psihoactive sau unor probleme medicale somatice, cum ar fi hipertiroidia, sau psihice (anxietatea din cadrul unor psihoze, cum ar fi boala afectivă bipolară – episodul depresiv).

Subiecții suferind de tulburare anxioasă generalizată se simt permanent tensionați, încordați, incapabili să se relaxeze și relatează că se află „la capătul puterilor". Conținutul îngrijorărilor poate fi mai mult sau mai puțin precizat.

Trebuie subliniat că tendința spre îngrijorare este un fenomen normal, specific oamenilor în general, dar și un fenomen patologic, care apare în calitate de simptom în cadrul altor tulburări, mai ales anxioase.

Raple, Jackel și Barlow (1989) subliniază că îngrijorările și temerile subiecților cu tulburare anxioasă generalizată diferă puțin, sub aspectul conținutului, de cele ale oamenilor normali, deosebirea constând în aceea că ele sunt mai puțin controlabile, iar pacienții reușesc într-o măsură mai mică să le reducă prin intermediul unor strategii adaptative adecvate.

Pacienții suferind de tulburare anxioasă generalizată relatează că au perioade relativ îndelungate caracterizate prin prezența unor temeri cu caracter cronic și care îmbracă o tematică variată, începând de la sentimente difuze de îngrijorare până la episoade caracterizate prin ruminații anxioase, care durează de la aproximativ zece minute până la câteva ore.

Așa cum am mai subliniat, pacienții consideră aceste îngrijorări supărătoare și necontrolabile, deși ei afirmă că acestea pot fi, de regulă, întrerupte de evenimente externe. Îngrijorările pot fi declanșate spontan de către un gând intruziv, dar pot fi inițiate de subiect și în mod deliberat.

Wells (1994) este de părere că trebuie să realizăm distincția între inițierea (apariția) îngrijorărilor și menținerea acestora. Astfel, în timp ce apariția lor are de cele mai multe ori un caracter spontan, continuarea acestui proces poate fi supusă controlului voluntar. Același autor este de părere că deosebirea

esenţială dintre normali şi subiecţii suferind de tulburare anxioasă generalizată constă în faptul că pacienţii apreciază activitatea respectivă ca fiind incontrolabilă.

Modelul cognitiv al tulburării anxioase generalizate

Wells (1994, 1995) realizează distincţia între îngrijorări de tipul I şi îngrijorări de tipul II. Îngrijorările de tipul I se referă la evenimente cotidiene, cum ar fi situaţia materială, sănătatea sau bunăstarea familiei, situaţia profesională etc., în timp ce îngrijorările de tipul II se referă chiar la gândurile legate de îngrijorări (de pildă, teama că îngrijorările îl vor conduce pe subiect la nebunie). Îngrijorările de tipul II reprezintă un fel de îngrijorări cauzate tocmai de faptul că subiectul manifestă îngrijorare.

Modelul cognitiv al tulburării anxioase generalizate presupune că elementul patologic esenţial specific acestei tulburări se referă la incidenţa crescută a îngrijorărilor de tipul II.

Evaluările negative realizate în raport cu fricile şi îngrijorările de tipul I reflectă convingerile negative pe care le nutreşte pacientul faţă de tendinţa sa de a se îngrijora: „Îngrijorările mele sunt incontrolabile"; „Îmi face rău faptul că îmi fac griji"; „Aş putea să înnebunesc de atâtea griji"; „S-ar putea să încep să mă îngrijorez şi să nu mă mai opresc"; „Grijile ar putea pune stăpânire pe mine".

În afara convingerilor negative legate de procesul de îngrijorare, pacienţii suferind de tulburare anxioasă generalizată nutresc şi convingeri pozitive referitoare la beneficiile ruminaţiilor interioare cu conţinut anxiogen, considerându-le un fel de strategii de a face faţă existenţei.

O dată ce temerile şi îngrijorările s-au declanşat, pacientul cu tulburare anxioasă generalizată va avea tendinţa să realizeze anumite raţionalizări, considerând că fricile sale îl ajută să preîntâmpine producerea unei catastrofe posibile. Acesta crede că este important să fii îngrijorat pentru a menţine un anumit nivel al securităţii subiective şi al vigilenţei. Din nefericire însă preocupările

negative cu conținut anxiogen nu fac decât să reducă vigilența subiectului care ar putea fi confruntat cu o primejdie reală.

Prezentăm mai jos câteva exemple de convingeri pozitive legate de necesitatea prezenței fricilor și îngrijorărilor:

• „Îngrijorările mă ajută să fac față situațiilor periculoase" („Dacă mă gândesc la ceea ce s-ar putea întâmpla mai rău, probabil voi face față mai bine în caz că s-ar putea întâmpla")

• „Dacă îmi fac griji, pot preveni producerea unor lucruri rele"

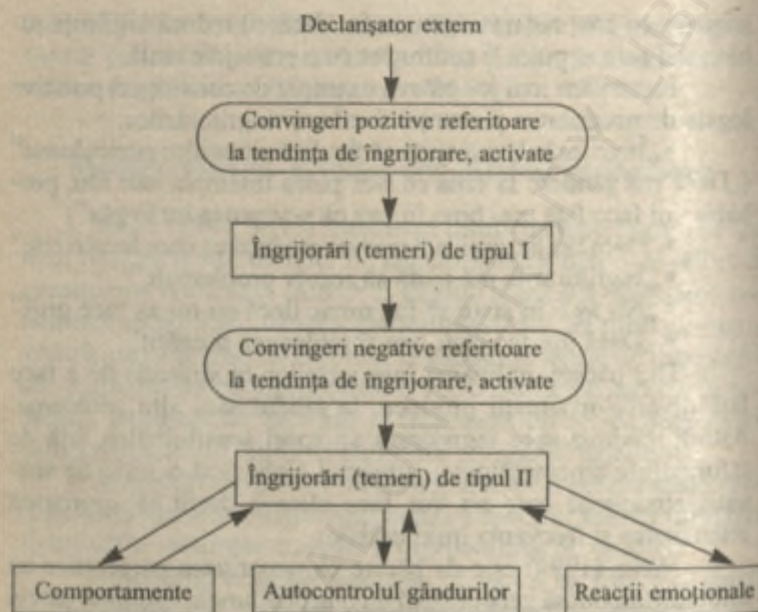
• „Îngrijorările mă ajută să rezolv problemele"

• „Nu aș fi în stare să fac nimic dacă nu mi-aș face griji"

• „Dacă îmi fac griji, voi fi totdeauna pregătit"

Din păcate, utilizarea îngrijorărilor ca strategii de a face față diverselor situații produce, la rândul său, alte probleme. Astfel, tendința spre îngrijorare va spori sensibilitatea față de informațiile amenințătoare, subiectul elaborând o serie de scenarii anxiogene care nu vor face altceva decât să sporească intensitatea și frecvența îngrijorărilor.

Wells (1999) este de părere că majoritatea pacienților cu tulburare anxioasă generalizată au o istorie lungă, în cursul căreia s-a format și s-a structurat tulburarea. Mulți pacienți au utilizat „strategia" bazată pe îngrijorare pentru a face față unor probleme de viață reale sau imaginare. Această strategie a fost construită pe baza influențelor educative, parentale, care i-au structurat subiectului convingerea că îngrijorările îl vor ajuta să facă față stresurilor diverse cu care ar putea fi confruntat. La un moment dat, în cursul existenței pacientului, aceste îngrijorări au început să primească și conotații negative. Astfel, de pildă, părintele care îl influențează în direcția respectivă a început să aibă probleme psihice sau, pur și simplu, pacientul s-a convins că acest tip de comportament influențează negativ performanțele. În aceste condiții au apărut îngrijorările de tipul II, respectiv îngrijorările față de îngrijorări, și o serie de factori cum ar fi răspunsurile în plan comportamental încercările de controlare a gândurilor, precum și reacțiile emoționale, care s-au constituit în factori adiționali ce contribuie la escaladarea și menținerea tulburării.



Modelul cognitiv al tulburării anxioase generalizate (Wells, 1995)

Reacţiile comportamentale puse în acţiune de către pacient sunt conduitele de evitare şi căutare a asigurărilor. Pacienţii cu tulburare anxioasă generalizată tind să evite o serie de situaţii şi informaţii care au legătură cu îngrijorările de tipul I şi cu cele de tipul II.

Astfel, aceşti pacienţi vor evita situaţiile sociale, confruntarea cu informaţii cu caracter dezagreabil sau situaţiile care ar putea presupune prezenţa unor pericole externe, aceste comportamente ţinând de îngrijorările de tipul I. De asemenea, ei vor avea tendinţa să evite inclusiv apariţia îngrijorărilor (caută să evite să fie îngrijoraţi), element ce se referă la îngrijorările de tipul II.

Pentru ca aceste elemente să fie mai evidente, prezentăm un caz clinic. Gabriel, un arhitect de 35 de ani, s-a prezentat la psihoterapeut pentru atacuri de panică şi anxietate generalizată care durau de aproximativ şase ani. Problema atacurilor de panică a fost relativ uşor soluţionată prin intermediul tehnicilor de psihoterapie cognitiv-comportamentală, în timp ce îngrijorările sale permanente s-au dovedit mai rezistente la tratament. Pacientul afirma că este îngrijorat de tot felul de probleme: că nu ar putea obţine o poziţie profesională superioară, că s-ar putea intoxica cu alimente alterate sau că prietena sa ar putea suferi un accident de circulaţie.

Unul dintre obiectivele psihoterapiei a fost să-l determine pe pacient să se îngrijoreze mai puţin. Acesta a acceptat faptul că îngrijorările sale au un caracter absurd, dar a precizat că sunt incontrolabile. Pentru a le avea sub control, acesta a încercat să-şi restrângă activitatea profesională, să examineze produsele pe care le cumpăra pentru ca nu cumva să fie expirate şi să se întoarcă acasă după ce prietena lui a sosit, pentru a nu-şi mai face tot felul de griji.

În acest caz, îngrijorările de tipul I au fost următoarele:

– eşec profesional;
– intoxicaţie cu alimente expirate;
– partenera de viaţă ar putea suferi un accident.

Îngrijorările de tipul II aveau ca obiect imposibilitatea de a-şi controla îngrijorările. Faptul că pacientul îşi aranja astfel treburile încât să sosească după ce prietena lui a ajuns acasă era un semn clar că acesta dorea să evite îngrijorarea.

Alte exemple de evitare a tendinţei de a-şi face griji pot fi: evitarea unor stări anxiogene, a unor emisiuni mass-media sau a unor informaţii care presupun un anumit nivel de ambiguitate. Pacienţii suferind de tulburare anxioasă generalizată se caracterizează şi prin punerea în acţiune a unor comportamente de căutare a unor asigurări menite să întrerupă cercul vicios al îngrijorărilor cu caracter cronic. Din păcate, această strategie este contraproductivă, deoarece conduce la sporirea ambiguităţilor legate de îngrijorările de tipul I, deoarece informaţiile primite de pacient pot avea un caracter contradictoriu.

Mai mult, asigurările primite la anumite intervale de timp (cum ar fi, de pildă, discuțiile purtate cu un prieten) pot stopa îngrijorările pentru o anumită perioadă de timp, dar pot și accentua tendința spre îngrijorare dacă asigurările nu vin la momentul așteptat. Mai precis, căutarea asigurărilor nu face decât să sporească incertitudinea în care se află subiectul și să-i sporească tendința de a-și face tot felul de griji.

Autocontrolul gândurilor

Pacienții care suferă de tulburare anxioasă generalizată manifestă un mod particular de a-și controla gândurile negative; gândurile legate de îngrijorări – consideră ei – au atât un rol pozitiv, cât și un rol negativ. Acești subiecți au tendința de a exploata așa-zisele avantaje ale gândurilor negative și de a evita consecințele lor periculoase. Astfel, pacienții pun în acțiune ruminații controlate cu conținut negativ menite să genereze și să exerseze strategii de răspuns și, în același timp, ei pot declanșa alte strategii pentru a contracara gândurile negative cu conținut anxiogen.

În timp ce punerea în acțiune a temerilor de tip I poate fi ținută sub control de subiect pentru a-și atinge unele obiective personale, încercările de a bloca tendințele de îngrijorare (avem în vedere nivelul îngrijorărilor de tipul II) nu fac decât să sporească intensitatea și frecvența gândurilor nedorite, fapt ce va conduce, la rândul său, la întărirea convingerilor negative referitoare la incapacitatea subiectului de a-și controla gândurile. Mai mult, există situații în care chiar fricile și îngrijorările pot îndeplini funcția de comportamente de evitare. Astfel, unii subiecți au tendința de a utiliza ruminațiile interioare cu conținut anxiogen pentru a bloca apariția unor gânduri cu conținut și mai amenințător (Borkovec și Inz, 1990). În aceste cazuri, chiar îngrijorările devin strategii cognitiv-emoționale de evitare.

Există și pacienți care utilizează tehnicile de distragere pentru a evita ruminațiile cu conținut anxiogen, aceștia refugiindu-se în activități profesionale sau hobby-uri.

Problema care se ridică în cazul încercărilor de a bloca gândurile anxioase sau de a le evita prin intermediul unor tehnici de distragere a atenției constă în aceea că aceste strategii împiedică infirmarea conținutului negativ al gândurilor respective. Strategiile de controlare a gândurilor negative din cadrul tulburării anxioase generalizate nu reprezintă deci altceva decât comportamente de asigurare.

Îngrijorările de tipul I pot deveni, la rândul lor, comportamente de asigurare pentru că ele sunt utilizate de subiecți în vederea prevenirii unor posibile catastrofe, acesta repetând în plan mental diverse strategii de abordare a unor posibile amenințări.

Celelalte strategii și tentative de reprimare sau controlare a tendinței subiectului de a-și face griji au, la rândul lor, rolul de a preveni chiar pericolul producerii ruminațiilor cu conținut anxiogen, acestea reprezentând comportamente de asigurare de tipul II (îngrijorare pentru faptul că subiectul s-ar putea îngrijora).

Temerile de tipul I și II sunt asociate cu reacții emoționale corespunzătoare. Îngrijorările de tipul I sunt însoțite de creșterea anxietății și supraîncordării sau de reducerea acestora dacă obiectivele îngrijorărilor au fost atinse. O dată cu activarea îngrijorărilor de tipul II se produce o escaladare a anxietății, simptomele emoționale putând fi interpretate ca dovezi în sprijinul îngrijorărilor de tipul II. Astfel, de pildă, simptome cum ar fi incapacitatea de relaxare, dificultățile de concentrare a atenției, fuga de idei pot fi considerate de subiectul anxios ca fiind simptome ale pierderii autocontrolului mental, ale producerii unei „catastrofe" în plan psihic, fapt ce poate contribui la declanșarea unui atac de panică.

Obținerea unor informații în vederea conceptualizării modelului cognitiv al tulburării anxioase generalizate

În unele situații de tulburare anxioasă generalizată, îngrijorările sau fricile de tipul II (denumite de către Wells, 1994, și metaîngrijorări) sunt clar exprimate, în timp ce în alte cazuri sunt mai dificil de evidențiat. Terapeutul va trebui să pună în acțiune o serie de strategii de evidențiere a acestora deoarece succesul tratamentului depinde în mare măsură de aceste informații.

Tehnica întrebărilor dirijate

Unul din obiectivele cele mai importante ale procesului de evaluare în cadrul psihoterapiei constă în obţinerea unor date referitoare la semnificaţia pe care o are tendinţa la îngrijorare ca determinantă principală a problemei pacientului.

Întrebările adresate pacientului sunt de tipul următor:

„De ce te supără atât de mult faptul că te îngrijorezi?"

„Dacă îngrijorările şi temerile îţi creează disconfort, de ce nu încetezi să-ţi faci griji?"

„Se poate întâmpla ceva rău dacă te laşi în voia îngrijorărilor?"

„Cât de mult poţi să-ţi controlezi tendinţa de a-ţi face griji?"

„Ce ar reprezenta pentru tine faptul că nu ţi-ai mai face atâtea griji?"

„Crezi că este normal să te îngrijorezi atât de mult?"

„Care ar fi lucrul cel mai rău care s-ar putea întâmpla dacă nu ai mai încerca să-ţi ţii îngrijorările sub control?"

În cadrul discuţiilor purtate cu pacientul, terapeutul trebuie să fie atent la afirmaţii de acest gen:

„Problema mea este că îmi fac prea multe griji"

„Am perioade când mă îngrijorez din orice"

„Nu cred că voi fi vreodată capabil să nu-mi mai fac griji"

„Îmi fac griji tot timpul"

Aceste afirmaţii cu caracter general oferă psihoterapeutului acces la îngrijorările de tipul II, care se referă la însuşi procesul de a se simţi îngrijorat. În continuare, terapeutul va trebui să analizeze implicaţiile tendinţei de îngrijorare, să afle care este cel mai rău lucru despre care pacientul crede că se poate întâmpla, precum şi care este motivul care-l împiedică pe acesta să înceteze să-şi mai facă atâtea griji.

Prezentăm mai jos un fragment de dialog realizat între psihoterapeut şi Georgeta, o profesoară de 34 de ani diagnosticată cu tulburare anxioasă generalizată.

G: Nu pot să mă opresc din îngrijorare (o primă informaţie despre metaîngrijorări şi care se referă la caracterul incontrolabil al acestora).

T: Ce se va întâmpla dacă nu te vei opri din acest proces de îngrijorare permanentă?

G: Viața mea va deveni un coșmar. Mă voi simți rău în permanență.

T: Ce înseamnă faptul că viața ta va deveni un coșmar?

G: Aș dori să fiu o persoană normală.

T: Crezi că nu ești o persoană normală?

G: Nu este normal să te temi și să-ți faci griji tot timpul.

T: Dacă înțeleg bine ești îngrijorată de faptul că ai putea fi anormală.

G: Am o mătușă bolnavă de schizofrenie și mă tem că acesta ar putea fi un debut al acestei boli și la mine.

Analiza avantajelor și dezavantajelor menținerii metaîngrijorărilor (îngrijorările de tipul II)

Prezentăm o listă a avantajelor și dezavantajelor menținerii metaîngrijorărilor pentru Cristian, economist, în vârstă de 46 de ani, care suferă de 9 ani de anxietăți legate de starea de sănătate, de faptul că nu va fi suficient de competent în plan profesional sau că vor avea loc accidente în care va fi implicat el însuși sau apropiații lui.

Avantajele menținerii ruminațiilor cu conținut anxiogen (a meta-avantajelor și dezavantajelor menținerii metaîngrijorărilor)	Dezavantajele menținerii acestora
1. Voi fi mai vigilent. 2. Mă voi purta mai frumos cu subalternii. 3. Voi fi mai atent atunci când predau lucrările. 4. Voi fi pregătit să fac față unor dificultăți. 5. Voi face mai frecvent investigații medicale.	1. Voi fi tot timpul anxios și încordat. 2. Capacitatea mea de concentrare se va reduce. 3. Nu mă voi putea bucura de nimic. 4. Voi avea un randament scăzut în activitate. 5. Gândurile mă vor împiedica să întreprind ceea ce doresc. 6. Este periculos să-ți faci atâtea griji. 7. Gândurile și fricile mele sunt incontrolabile.

Identificarea tendinței de a controla gândurile

Existența unor comportamente prin intermediul cărora subiectul încearcă să-şi controleze gândurile reprezintă un semnal că acesta evaluează negativ temerile şi îngrijorările sale.

Terapeutul va conduce astfel dialogul încât să identifice metaîngrijorările (îngrijorările de tipul II). Prezentăm în cele ce urmează un astfel de dialog terapeutic realizat cu Stelian, student la filozofie, în vârstă de 21 de ani.

T: Atunci când te cuprind îngrijorările în weekend, cum procedezi?

S: Îmi petrec ore în şir gândindu-mă că prietena mea care este din Braşov ar putea avea un accident şi eu nu aş putea face nimic pentru a-l preveni sau pentru a o ajuta.

T: Se pare că nu faci altceva decât să te îngrijorezi.

S: Încerc să întreprind câte ceva, de pildă să-mi spun că nu am nici un motiv de îngrijorare, dar acest lucru nu mă ajută prea mult.

T: Crezi că nu ai nici un motiv de îngrijorare?

S: Sunt conştient de faptul că îngrijorările mele nu sunt necesare. Alţi oameni nu procedează astfel, dar totuşi nu mă pot opri să nu-mi fac griji.

T: Când spui că nu te poţi opri, ce înţelegi prin asta?

S: O dată ce încep să-mi fac griji, nu mă mai pot opri. Gândurile rele parcă nu vor să iasă din capul meu.

T: Întreprinzi ceva pentru a-ţi scoate gândurile care te deranjează din cap?

S: Da, încerc să evaluez riscurile, încerc să mă încurajez singur, dar parcă este şi mai rău.

T: Se pare că uneori încerci să nu te îngrijorezi, alteori încerci să găseşti argumente pentru îngrijorările tale. De ce nu laşi pur şi simplu gândurile legate de temerile tale să se deruleze fără să faci nimic?

S: În acest caz, ele nu vor dispărea niciodată, îmi vor distruge ziua şi voi înnebuni.

T: Ce înţelegi prin faptul că acele gânduri nu vor dispărea niciodată?

S: Îmi voi ieşi din minți pentru că nu voi fi în stare să le opresc.

T: Înseamnă că încerci să aduci argumente raționale, să-ți spui că nu se va întâmpla nimic rău pentru a opri dezastrul care s-ar putea produce.

S: Da, este îngrozitor atunci când încep să apară acele gânduri.

T: Cât de mult apreciezi, pe o scală de la 0 la 100, faptul că îți vei pierde controlul sau că vei înnebuni?

S: În cazul în care nu întreprind nimic, în proporție de 80%.

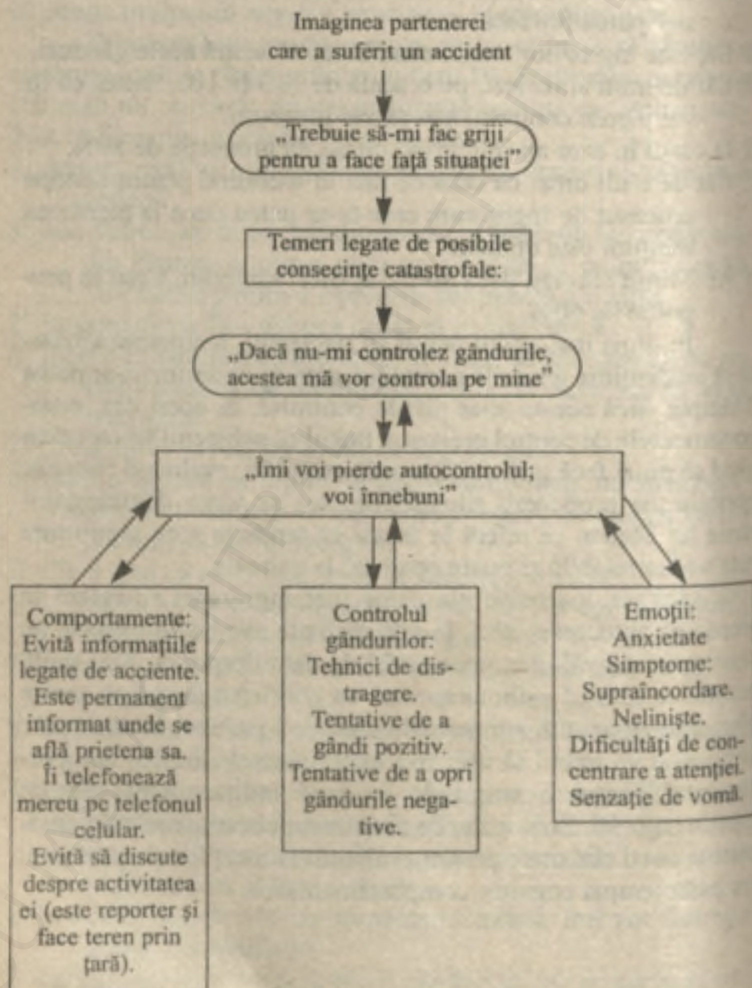
T: Cât de mult crezi că ceea ce faci în weekend pentru a stopa procesul de îngrijorare care te-ar putea duce la pierderea minților este eficient?

S: Ar fi mult mai rău dacă nu mi-aş oferi asigurări. Cred în proporție de 60%.

În urma dialogului purtat cu pacientul, terapeutul a izbutit să evidențieze temerile acestuia legate de ce anume s-ar putea întâmpla dacă acesta şi-ar pierde controlul. În acest caz, comportamentele de control presupun faptul că subiectul îşi repetă în gând să nu-şi facă griji şi îşi acordă asigurări, evaluând riscurile posibile ale producerii situației de care se teme. Metaîngrijorările lui Stelian se referă la faptul că tendința spre îngrijorare este necontrolabilă şi poate conduce la nebunie.

Adesea, pacienții ale căror metaîngrijorări se referă la pierderea autocontrolului, la anormalitate sau boală psihică, au rezerve în dezvăluirea unor astfel de date despre ei. Mai mult, aceştia se tem că psihoterapeutul va confirma faptul că aceste elemente chiar sunt simptomele unei boli psihice. În acest caz, terapeutul va trebui să utilizeze experimentele în plan comportamental pentru a surprinde în mod indirect acest tip de metaîngrijorări. Sunt utile, de asemenea, chestionarele de anxietate special elaborate pentru evaluarea subiecților propuşi pentru psihoterapia cognitiv-comportamentală.

Conceptualizarea unui caz concret pe baza modelului cognitiv al tulburării anxioase generalizate (adaptat după Wells, 1999)



Un element central al modelului și care nu este atât de ușor de surprins de către pacient constă în faptul că nu atât temerile față de evenimentele externe sau cele interne (de pildă, teama în legătură cu starea de sănătate) reprezintă problema principală, ci mai ales îngrijorările față de îngrijorări (metaîngrijorările sau îngrijorările de tipul II).

Pentru ca pacientul să poată înțelege acest concept de metaîngrijorări, terapeutul trebuie să acorde o atenție deosebită conținutului temerilor și îngrijorărilor acestuia. Întrebarea specifică este, în general, aceasta: „Dacă ai înceta să-ți faci griji în legătură cu problema X, ar rezolva acest lucru situația ta?" De regulă, pacienții care suferă de tulburare anxioasă generalizată afirmă că vor găsi imediat o altă temă de îngrijorare. În continuare, terapeutul ar putea adresa întrebarea următoare: „Atunci consideri că este mai bine să ne ocupăm de temerile tale concrete sau de factorii care mențin tendința ta de a te îngrijora?"

O dată ajuns în acest punct, terapeutul va aborda problemele legate de opiniile subiectului cu privire la tendința sa generală de a se îngrijora.

Fișa de notare a temerilor și îngrijorărilor (Wells, 1999)

Aceasta reprezintă o fișă de autoevaluare în care pacientul este solicitat să-și noteze temerile și îngrijorările și este utilă mai ales pentru conștientizarea metaîngrijorărilor sau îngrijorărilor de tipul II.

Data	Situația	Factorul declanșator	Descrierea temerii (îngrijorării)	Îngrijorarea în raport cu îngrijorarea (metaîngrijorarea sau îngrijorarea de tipul II)	Emoții	Reacții la metaîngrijorări	Reevaluarea stărilor emoționale

Într-o fază iniţială a psihoterapiei, multor pacienţi le este dificil să identifice metaîngrijorările şi vor nota doar temerile şi îngrijorările cu caracter primar. Terapeutul va trebui să analizeze aceste răspunsuri şi să deducă natura metaîngrijorărilor prin intermediul unor întrebări special elaborate.

O dată identificată natura şi rolul metaîngrijorărilor, terapeutul va examina, prin intermediul dialogului şi experimentelor realizate în plan comportamental, efectul negativ al comportamentului caracterizat prin tendinţa spre îngrijorare. Cele mai frecvent utilizate experimente în sfera comportamentală sunt experimentul de blocare a gândurilor şi experimentele de tipul „ce ar fi dacă?" (Wells, 1999).

Blocarea gândurilor

Observaţiile clinice au arătat faptul că tentativele unui subiect de a nu se gândi la un anumit lucru produc efectul paradoxal prin care gândul respectiv devine şi mai intruziv, perturbând activitatea psihică a persoanei în cauză. Acest fenomen va fi utilizat de către terapeut pentru a demonstra pacientului ce se întâmplă dacă acesta încearcă să nu se gândească sau să-şi controleze gândurile negative nedorite. În cazul în care acestuia i se cére să nu se gândească la ceva anume timp de câteva minute, rezultatul va fi că acel gând va începe să-l obsedeze. Astfel, terapeutul îi va demonstra că orice încercare de a bloca gândurile anxiogene (îngrijorările) se va solda cu un eşec, de unde rezultă ineficienţa tendinţei acestuia de a exercita un control asupra gândurilor sale.

Experimentul de tipul „ce ar fi dacă?"

Unii pacienţi anxioşi afirmă că se îngrijorează foarte mult în tendinţa lor de a-şi rezolva problemele şi de a-şi optimiza capacitatea de a face faţă stresurilor. Experimentul de tipul „ce ar fi dacă?" are menirea să demonstreze pacientului că stilul de gândire bazat pe îngrijorare excesivă nu face decât să exagereze dimensiunile problemelor.

Experimentul se va realiza sub forma unui joc de rol în care terapeutul va provoca pacientului prin intermediul unor întrebări de tipul „ce s-ar întâmpla dacă?". Pacientul va trebui să răspundă la fiecare întrebare de acest tip, după care terapeutul va adresa o nouă întrebare care să sugereze cele mai negative posibilități.

Prezentăm mai jos următorul exemplu (Wells, 1999):

T: Aș dori să încercăm un experiment pentru a te convinge ce se întâmplă atunci când te gândești la toate posibilitățile care s-ar putea petrece în situația care te face să te îngrijorezi. Hai să începem cu îngrijorarea ta principală: „Ce va fi dacă soțul meu va avea un accident de mașină?"
Eu voi personifica îngrijorările tale și îți voi adresa o serie de întrebări de tipul „ce ar fi dacă?", în timp ce tu vei încerca să te gândești și să găsești o modalitate de a face față situației. Hai să începem. Ce va fi dacă soțul meu va avea un accident de mașină?

P: Depinde de cât de serios va fi acesta.

T: Ce va fi dacă va fi ceva serios?

P: El va trebui transportat la spital.

T: Și ce va fi dacă va fi serios accidentat?

P: Nu știu cum mă voi descurca. Va trebui să le spun copiilor. Îl voi vedea zăcând în pat cu tot felul de perfuzii.

T: Ce va fi dacă nu va fi sigur că va supraviețui?

P: Voi rămâne singură cu copiii și el îmi va lipsi mult. Voi cere ajutorul părinților mei.

T: Ce va fi dacă soțul tău va deceda și părinții vor fi prea în vârstă pentru a te ajuta?

P: Viața mea ar fi foarte tristă. Voi suferi o cădere psihică.

T: Ce va fi dacă îți vei pierde mințile?

P: Nu mă voi mai putea ocupa de copii.

T: Ce va fi dacă nu te vei mai putea ocupa de copii?

P: Copiii îmi vor fi luați. Viața lor va fi îngrozitoare și mie nu-mi va mai rămâne nimic. Voi sfârși probabil într-un ospiciu.

T: Ei bine, hai să ne oprim aici. Ce se întâmplă dacă îți faci griji?

P: Mă gândesc la lucruri din ce în ce mai rele.

T: Este adevărat, generezi alternative tot mai îngrozitoare. Cât de util este acest lucru în reducerea anxietății și cât de mult te ajută să te descurci în viață?

P: Nu mă ajută deloc, nu mă face decât să mă stresez tot mai mult.

Într-o etapă mai avansată a psihoterapiei este necesar ca pacientul să conștientizeze faptul că utilizarea îngrijorărilor în scopul rezolvării unor probleme este susținută de convingerile pacienților în legătură cu aceste îngrijorări. În acest moment se pune problema modificării convingerilor cu conținut disfuncțional.

Tehnicile psihoterapeutice propriu-zise

Psihoterapeutului trebuie să-i fie clar în minte că indiferent de tehnica utilizată aceasta trebuie să aibă drept obiectiv infirmarea metaîngrijorărilor, precum și a convingerilor disfuncționale legate de acestea.

Tratamentul propriu-zis constă în adresarea unor provocări în vederea infirmării convingerilor legate de incontrolabilitatea gândurilor, a metaîngrijorărilor, precum și a convingerilor legate de acestea.

Metode verbale de reatribuire

Verificarea veridicității metaîngrijorărilor (sau îngrijorărilor de tipul II). Terapeutul va adresa pacientului o serie de întrebări prin intermediul cărora acesta să se convingă de faptul că nu are suficiente argumente pentru a susține, de pildă, că îngrijorările i-ar putea face rău.

Elvira, traducătoare, în vârstă de 36 de ani, suferă de tulburare anxioasă generalizată. Prezentăm un fragment de dialog între aceasta și psihoterapeut.

T: Cât de mult crezi că fricile și îngrijorările tale te vor face să înnebunești?

E: Sunt sigură de acest lucru. Cred în proporție de 80%.

T: Ce te face să crezi că temerile și îngrijorările te vor face să-ți pierzi mințile?

E: Nu știu, dar mă simt foarte rău.
T: Este neplăcut să-ți faci griji, dar reprezintă aceasta o dovadă a faptului că vei înnebuni?
E: Presupun că ar putea fi, nu știu. Ați putea să-mi spuneți cum este atunci când înnebunești?
T: Depinde ce înțelegi prin termenul de nebunie.
E: Să-ți pierzi mințile, să ai tot felul de gânduri rele pe care nu le poți controla, așa cum i s-a întâmplat mamei mele.
T: Ce anume i s-a întâmplat mamei tale?
E: Ea s-a simțit tot mai rău și în cele din urmă a avut o cădere psihică și a ajuns la o clinică de psihiatrie.
T: Crezi că acest lucru ți se va întâmpla și ție?
E: Ea și-a făcut totdeauna o mulțime de griji și în cele din urmă acestea au doborât-o.
T: Din acest motiv crezi că grijile te-ar putea face să înnebunești?
E: Da, cred că acest lucru ar putea să mi se întâmple și mie.
T: De unde știi că îngrijorările au adus-o pe mama ta în starea aceasta?
E: Presupun că așa au stat lucrurile.
T: Au mai existat și alte motive care i-au putut provoca boala psihică?
E: Da, ea se simțea foarte deprimată.
T: Bine. Atunci ai vreo dovadă clară a faptului că îngrijorările te pot face să înnebunești?
E: Nu, nu am această dovadă, dar sunt sigură că fricile și îngrijorările nu fac bine nimănui.
T: Vom examina acum presupunerea ta că temerile sunt nocive. Ce anume te face să crezi acest lucru?

Terapeutul va conduce în continuare dialogul astfel încât pacienta să se convingă de faptul că tendința de a fi îngrijorată este inofensivă. În unele cazuri este indicat ca terapeutul să dirijeze discuția încât să abordeze mecanismele prin intermediul cărora pacientul crede că temerile și îngrijorările pot produce o boală psihică. Astfel, dacă acesta consideră că stresul este cel

care face ca temerile să provoace căderi psihice, discuţiile vor fi dirijate în aşa fel încât să se infirme această ipoteză.

Modificarea convingerilor legate de incontrolabilitatea gândurilor negative cu conţinut anxiogen

Deoarece îngrijorările şi temerile reprezintă procese atenţionale complexe, acestea pot fi întrerupte în cazul în care subiectul desfăşoară alte activităţi mentale. Factorii modulatori ai îngrijorărilor reprezintă acele evenimente sau activităţi care stopează tendinţa subiectului de a-şi face griji. O dată identificată prezenţa acestor factori modulatori, experienţa pacientului va fi utilizată pentru a-i demonstra că îngrijorările au un caracter controlabil.

Angela, secretară, în vârstă de 31 de ani, suferind de tulburare anxioasă generalizată, este convinsă că nu-şi poate controla gândurile. Prezentăm un dialog purtat de către aceasta cu psihoterapeutul.

T: Notează pe o scală de la 0 la 100 cât de mult crezi că nu-ţi poţi controla tendinţa de a te îngrijora.

A: Cred că nu o pot controla cam în proporţie de 80%.

T: Când a fost ultima dată când ai fost foarte serios îngrijorată?

A: Azi dimineaţă m-am îngrijorat foarte tare pentru că fiica mea a plecat în excursie şi m-am temut că ar putea să răcească.

T: Această îngrijorare a avut un caracter controlabil?

A: Nu, nu m-am putut opri să mă gândesc la asta toată dimineaţa.

T: Ai încercat să nu te mai gândeşti la ceea ce te supăra?

A: Da, mi-am spus în gând că totul va fi bine, dar acest lucru nu mi-a ajutat prea mult.

T: Ce te-a oprit totuşi să continui să te îngrijorezi?

A: A sunat o vecină la uşă şi pentru câteva momente am uitat de problemele mele. După aceea parcă nu a mai fost atât de rău.

T: Iată deci că în unele situaţii tendinţa ta de a-ţi face griji se opreşte. Dacă acest proces ar fi necontrolabil, crezi că s-ar întâmpla acest lucru?

A: Nu, gândurile negative ar fi prezente în permanență.
T: Corect. Îți mai amintești de momente în care făceai ceva sau în care s-a petrecut ceva și gândurile tale legate de îngrijorări s-au oprit?
A.: Da, atunci când citesc sau fac ceva interesant nu îmi mai fac griji.
T: Ce concluzie tragi de aici?
A: Aceasta înseamnă că îmi pot controla gândurile.
T: Cât de mult mai crezi că gândurile tale nu sunt controlabile?

Pacienții suferind de tulburare anxioasă generalizată consideră că a-ți face griji reprezintă un fenomen negativ și periculos. Psihoterapeutul trebuie să le explice faptul că a te îngrijora este un fenomen normal, specific majorității oamenilor. Astfel, studiile au evidențiat că aproximativ 79% dintre subiecții cărora li s-a cerut să completeze un jurnal timp de două săptămâni relatau că au manifestat îngrijorări frecvente (Wells și Morrison, 1994).

Psihoterapeutul va utiliza astfel de date pentru a combate convingerile negative pe care le nutresc anxioșii în legătură cu efectul negativ al temerilor lor. (Dacă 79% din populație își face griji timp de două săptămâni, acest lucru înseamnă că ei sunt bolnavi psihici?).

Tehnica disonanței cognitive

Existența unor convingeri negative și pozitive în legătură cu tendința de îngrijorare poate facilita inducerea tehnicii disonanței cognitive care, la rândul ei, poate contribui la slăbirea sistemului de credințe și convingeri al subiectului și poate întări motivația pentru schimbare.

O puternică disonanță cognitivă apare atunci când două convingeri contradictorii sunt activate și par să fie în același timp adevărate. De exemplu, convingerile că tendința de a-și face griji este utilă și în același timp nocivă nu pot fi adevărate în același timp, ele neputând coexista.

Prezentăm mai jos un dialog purtat de către terapeut cu Marcela, o economistă în vârstă de 43 de ani, diagnosticată cu tulburare anxioasă generalizată.

T: Ai afirmat că eşti convinsă că tendinţa ta de a avea permanent tot felul de frici şi temeri îţi va face rău. Cât de mult crezi că acest lucru este adevărat?

M: Dacă voi continua să-mi fac tot felul de griji sunt sigură că voi avea atât probleme psihice, cât şi somatice. Cred acest lucru în proporţie de 75%.

T: Dacă crezi că este atât de periculos, de ce continui să-ţi faci griji?

M: Nu mă pot opri. Mereu găsesc un motiv de îngrijorare. O dată ce încep să mă îngrijorez, frământ gândurile respective în minte până când încep să mă simt ceva mai bine şi cred că voi putea face faţă mai bine unei nenorociri care s-ar putea întâmpla.

T: Vrei să spui că îngrijorările te ajută să faci faţă unor stresuri viitoare?

M: Cred că aşa stau lucrurile.

T: Mi se pare că ai păreri contradictorii în legătură cu temerile şi tendinţele tale de a te îngrijora. Pe de o parte crezi că faptul de a fi îngrijorată te ajută să faci mai bine faţă situaţiilor, iar pe de altă parte crezi că temerile şi îngrijorările ţi-ar putea face rău. Nu cred că ambele opinii sunt adevărate. Pe care o susţii de fapt?

M: Înţeleg ce vreţi să spuneţi. Probabil că nu este chiar atât de periculos să te îngrijorezi.

T: Cât de mult crezi acum că îngrijorările te-ar putea îmbolnăvi?

M: În proporţie de 20%.

T: Pe ce te bazezi când te referi la acest procent?

M: Deşi a-ţi face griji nu pare un fenomen atât de periculos cum am crezut la început, ar putea fi o problemă dacă îţi faci griji prea mult timp.

T: Dar dacă îţi faci mai multe griji nu te ajută acest lucru să faci faţă mai bine diverselor situaţii?

M: Chiar şi lucrurile bune pot fi nocive dacă le practici în exces.

T: Poate că ar fi indicat să realizăm un mic experiment pentru a vedea în ce măsură îţi poţi face rău îngrijorându-te.

În cadrul acestui dialog întrebările sunt astfel conduse pentru a produce slăbirea convingerii legate de efectul negativ al temerilor și îngrijorărilor. Există și posibilitatea de a zdruncina și concepția opusă. Indiferent în ce direcție se merge, până la urmă efectul terapeutic va fi atins, pentru că obiectivul urmărit este zdruncinarea ambelor convingeri disfuncționale. O dată zdruncinată una dintre convingeri, terapeutul va conduce procesarea psihoterapeutică pentru a elimina și convingerea opusă.

Deși îngrijorările și temerile sunt exprimate predominant în termeni verbali, acestea pot fi declanșate sau însoțite de imagini care întruchipează diverse catastrofe. La majoritatea pacienților aceste imagini au un caracter static. În aceste situații, terapeutul trebuie să-l învețe pe pacient să realizeze un antrenament mental în stare de relaxare, în cadrul căruia să deruleze imagini cu caracter dinamic și cu final pozitiv: acesta se vede pe sine făcând față cu bine situației de care se teme.

Terapeutul trebuie însă să fie atent pentru ca pacientul să nu transforme aceste variante de antrenament mental în comportamente de asigurare care să împiedice infirmarea gândurilor și convingerilor negative. Mai precis, antrenamentul mental nu va trebui utilizat pentru a stopa procesul de îngrijorare, ci abia după ce s-a realizat într-o măsură suficient de mare schimbarea atitudinală.

Experimentele în sfera comportamentală

Controlul activității de generare a unor gânduri cu conținut anxiogen a fost pus la punct de Borkovec și alții (1983) și se bazează pe ipoteza conform căreia tendința subiectului de a se îngrijora reprezintă o reacție învățată de răspuns la o situație anxiogenă ce poate fi considerată ca un răspuns cognitiv al cărui obiectiv îl reprezintă evitarea unor traume viitoare. Tendința de a-și face griji pare pentru subiect necontrolabilă și din acest motiv tratamentul bazat pe controlul acesteia îi oferă posibilitatea de a stăpâni situația. Strategia propriu-zisă implică următoarele etape (Borkovec, 1983):

1. Identificarea gândurilor anxiogene care reprezintă conținutul îngrijorărilor;

2. Stabilirea unei perioade de 30 de minute în care subiectul trebuie să se îngrijoreze. Este necesar ca activitatea respectivă să se desfăşoare la aceeaşi oră şi în acelaşi loc (este vorba de o tehnică de tip comportamentalist de control al stimulilor, dar şi de o tehnică de psihoterapie prin intervenţie paradoxală, care presupune prescrierea simptomului);

3. Pacientului i se cere să surprindă momentele în care se îngrijorează, să amâne această preocupare şi să se ocupe de alte activităţi care îi solicită atenţia;

4. Utilizarea perioadei de 30 de minute pentru a-şi face griji în legătură cu problema care îl preocupă şi apoi să se angajeze într-un demers de rezolvare de probleme pentru a elimina motivele de îngrijorare.

Wells (1999) este de părere că deşi această strategie dă unele rezultate în terapia tulburărilor anxioase, din perspectiva teoriei cognitiviste trebuie să ţinem seama de câteva aspecte:

• În primul rând trebuie eliminată ideea referitoare la caracterul necontrolabil al îngrijorărilor, terapeutul punând accentul pe reducerea convingerilor negative în legătură cu imposibilitatea controlului gândurilor anxiogene, precum şi pe opiniile subiectului cu privire la aspectele pozitive şi negative ale îngrijorărilor.

• În al doilea rând, tendinţa pacientului să utilizeze activitatea de a-şi face griji ca pe un proces de rezolvare de probleme va întări convingerea negativă a acestuia cu privire la rolul benefic al ruminaţiilor interioare cu conţinut anxiogen.

• În al treilea rând, strategiile de controlare a tendinţei de a se îngrijora pot să împiedice expunerea subiectului la acele situaţii care vor informa metaîngrijorările sau îngrijorărilor de tipul II.

Astfel, de pildă, dacă un pacient anxios va nutri convingerea că dacă nu reuşeşte să-şi controleze îngrijorările acest lucru îi va declanşa o boală psihică, acesta nu va putea să-şi modifice metaconvingerea că ruminaţiile anxiogene conduc la boli psihice. Ţinând seama de aceste precizări, Wells (1999)

consideră că strategia de controlare a tendinței subiectului de a-și face griji trebuie să aibă ca obiectiv infirmarea convingerilor negative referitoare la metaîngrijorări. În felul acesta, strategia de controlare a îngrijorărilor devine un experiment realizat în sfera comportamentală, experiment menit să infirme convingerea legată de faptul că îngrijorările și ruminațiile anxiogene au un caracter necontrolabil.

Instructajul administrat subiectului este următorul (Wells, 1999):

„Îngrijorarea reprezintă un proces cognitiv complex. Deși tendința ta de a te îngrijora pare imposibil de controlat, acest lucru nu este adevărat și probabil că ți-ai dat seama de acest lucru atunci când ai încetat să-ți faci griji pentru că s-a petrecut ceva care ți-a abătut atenția de la temerile tale.

Pentru a afla ceva mai mult despre modul în care funcționează acest proces de a-ți face mereu griji, aș dori să procedezi astfel:

1. Atunci când constați că începi să te îngrijorezi amână această activitate, spunându-ți în gând că îți vei acorda mai târziu un timp special pentru a te gândi la problema ta.

2. Alege un anumit moment al zilei când îți vei da voie să te îngrijorezi timp de 15 minute.

3. Atunci când vine momentul respectiv, permite-ți să te îngrijorezi timp de 15 minute, dar numai dacă simți că trebuie să o faci. Notează pe un caiet de ce ai simțit nevoia să te îngrijorezi.

Majoritatea pacienților relatează că au fost capabili să amâne ruminațiile interioare anxiogene și adesea nu au utilizat perioadele special destinate îngrijorărilor. Nivelul convingerii în caracterul necontrolat al îngrijorărilor trebuie evaluat înainte și după realizarea experimentului.

Instrucțiunile paradoxale

Pacienții sunt solicitați să se îngrijoreze cât mai mult, până la pierderea controlului asupra gândurilor lor. De asemenea, aceștia sunt instruiți să se străduiască din răsputeri să pro-

ducă acele dezastre de care se tem cel mai mult. În mod paradoxal, cu cât subiectul încearcă mai mult să-şi piardă autocontrolul asupra temerilor sale, cu atât reuşeşte mai puţin, îngrijorările apărându-i mult mai controlabile decât şi-ar fi imaginat. În felul acesta, subiectul se va convinge că pierderea controlului mental nu este posibilă în cazul său.

Suspendarea controlului gândurilor

Strategiile de reprimare a gândurilor anxiogene, de distragere, precum şi încercările de menţinere a autocontrolului mental reprezintă comportamente de asigurare pe care pacientul anxios le pune în acţiune pentru a evita consecinţele. Terapeutul va recomanda acestuia să se îngrijoreze fără a pune în acţiune respectivele comportamente de asigurare pentru a infirma convingerile disfuncţionale că ruminaţiile interioare anxiogene i-ar putea produce o boală psihică.

Metoda anchetei

Se utilizează pentru a infirma metaîngrijorările, respectiv convingerea referitoare la caracterul nociv al îngrijorărilor. Pacientului i se cere să intervieveze prieteni, cunoscuţi şi rude pentru a afla dacă aceştia se îngrijorează şi cum ar reacţiona ei faţă de o persoană care are tendinţa de a-şi face în permanenţă griji.

Modificarea convingerilor pozitive referitoare la îngrijorări

Se utilizează metodele cunoscute de reatribuire verbală în vederea modificării convingerii eronate că îngrijorările au un caracter necesar. Terapeutul va utiliza tehnica de contraargumentare pentru a infirma convingerea respectivă. Printre contraargumentele cele mai frecvent utilizate putem include următoarele: îngrijorarea creează o dispoziţie proastă, reprezintă o pierdere de timp, perturbă capacitatea de concentrare a persoanei, are un caracter nerealist şi nu oferă nici un avantaj în confruntarea cu problemele reale ale vieţii. Terapeutul va furniza exemple din care să rezulte că în majoritatea situaţiilor oamenii nu s-au îngrijorat, dar au făcut faţă foarte bine unor situaţii stresante.

Este necesară și modificarea convingerii eronate conform căreia îngrijorările ca strategii de a face față situațiilor stresante reflectă în mod adecvat datele realității și din acest motiv au un caracter adaptativ. Terapeutul îi poate cere pacientului să-și amintească de un moment când a trebuit să facă față unei situații stresante și și-a făcut înainte foarte multe griji. Acesta va trebui să descrie conținutul îngrijorărilor cu foarte multe detalii, incluzând gânduri, imagini și mai ales finaluri cu conținut negativ. În continuare, pacientul va trebui să descrie situația reală și să compare datele scenariului anticipativ bazat pe anxietate și îngrijorare cu datele realiăttții. Rezultatul comparației este utilizat de către terapeut pentru a-l convinge pe pacient de inutilitatea îngrijorărilor în calitate de strategii adaptative.

Renunțarea la îngrijorări

Reprezintă o altă tehnică de infirmare a convingerii disfuncționale legate de utilitatea și caracterul pozitiv al acestora. Pacienții cu tulburare anxioasă generalizată sunt solicitați să renunțe să-și mai facă griji pentru a se convinge dacă evenimentul negativ de care se tem se produce sau nu. Astfel, de pildă, convingerile referitoare la faptul că îngrijorarea îl împiedică pe subiect să fie pedepsit pot fi modificate solicitând subiectul să renunțe pentru o perioadă limitată la îngrijorările sale și să observe dacă evenimentul de care se teme se produce sau nu.

Modificarea grilei cognitive a subiecților anxioși

Pacienții cu tulburare anxioasă generalizată sunt hipervigilenți față de amenințările externe, care se adresează îngrijorărilor de tipul I, precum și față de sursele de informații cognitive, care se adresează metaîngrijorărilor. Hipervigilența față de sursele externe de amenințare include căutarea selectivă a unor informații care vin în sprijinul temerilor subiectului. De pildă, o persoană care se teme că va fi jefuită va căuta în ziare sau va fi atentă la toate știrile de la radio sau TV referitoare la tâlhării, petrecând apoi un timp îndelungat pentru a-și face griji că ar putea fi, la rândul său, tâlhărit, precum și la măsurile de

precauţie pe care şi le-ar putea lua. Terapeutul va trebui să-l ghideze pe pacient să culeagă şi să proceseze mai ales informaţiile care vin în contradicţie cu temerile şi îngrijorările sale.

Această strategie nu trebuie însă să se transforme într-un comportament de evitare a îngrijorărilor, fapt ce ar împiedica procesul de infirmare a veridicităţii acestora. Terapeutul va căuta să demonstreze pacientului că modificarea stilului de gândire nu creşte probabilitatea producerii dezastrelor de care acesta se teme.

Antrenamentul mental cu conţinut pozitiv

Pacienţii care suferă de tulburare anxioasă generalizată au o istorie lungă de antrenament mental „bazat pe gândire negativă".

Terapeutul va trebui să-i ghideze pe aceşti pacienţi să repete în plan mental scenarii cu conţinut pozitiv, având ca punct de pornire temerile iniţiale. Tehnica dă rezultate mult mai bune dacă este aplicată în stare de relaxare sau hipnoză, cu condiţia ca acest antrenament mental să fie aplicat după restructurarea cognitivă, pentru a nu se transforma într-un comportament de asigurare.

Abandonarea pacientului în voia temerilor şi îngrijorărilor sale

Abandonarea reprezintă o metodă opusă controlului forţat al tendinţei pacientului de a-şi face griji. Terapeutul va indica pacientului să identifice prezenţa temerilor, dar să nu întreprindă nimic împotriva acestora, ci pur şi simplu să le lase să se deruleze. Acest procedeu este facilitat dacă se utilizează şi formule autosugestive de tipul următor: „A apărut o nouă îngrijorare, dar ea nu înseamnă nimic pentru mine; o voi lăsa să treacă de la sine"; „Din nou îmi fac griji; acest lucru nu-mi foloseşte; le las să se ducă."

Esenţa acestui procedeu constă în a spori gradul de conştientizare a temerilor în acelaşi timp cu abordarea lor dintr-o perspectivă mai puţin problematică. Şi această metodă trebuie introdusă într-o fază mai înaintată a terapiei, pentru a nu deveni o strategie care să împiedice modificarea convingerilor negative referitoare la metaîngrijorări.

Capitolul 9

Psihoterapia cognitivă în cazul tulburării hipocondriace

Tulburarea hipocondriacă este clasificată în cadrul Manualului Diagnostic şi Statistic al Asociaţiei Psihiatrilor Americani (D.S.M. IV) nu ca o tulburare anxioasă, ci ca o tulburare somatoformă. Cu toate acestea, tulburarea hipocondriacă poate fi privită, din punctul de vedere al concepţiei şi terapiei cognitive, ca fiind o problemă strâns legată de anxietatea legată de propria stare de sănătate (Wells, 1999).

Autorul mai sus menţionat îşi bazează abordarea psihoterapeutică pe lucrările lui Salkovskis (1989), Warwick, Clark, Cobb şi Salkovskis (1996). Trăsătura definitorie a acestei tulburări constă în convingerea şi teama că persoana suferă de o afecţiune somatică serioasă, convingere bazată pe interpretarea concretă a unor senzaţii sau simptome corporale.

Investigaţiile medicale nu evidenţiază nici un fel de elemente care ar putea justifica temerile subiectului în legătură cu starea lui de sănătate. Cu toate acestea, ideile pacienţilor hipocondriaci nu au intensitate delirantă, aceştia putând admite că temerile lor ar putea fi exagerate sau că există posibilitatea să nu sufere de nici o boală (D.S.M. IV, A.P.A., 1994).

Preocupările acestor pacienţi le creează însă un disconfort suficient de puternic, iar tulburarea trebuie să dureze de cel puţin şase luni pentru a putea fi diagnosticată ca atare.

Tulburarea respectivă nu se numără printre simptomele altor tulburări cum ar fi: tulburarea anxioasă generalizată, tulburarea obsesiv-compulsivă, atacul de panică, depresia majoră sau altă tulburare somatoformă.

Temerile pacienţilor hipocondriaci nu pot fi liniştite în urma unor controale şi asigurări medicale. Unii hipocondriaci solicită în permanenţă asigurări de la medicul lor curant şi îşi fac nenumărate investigaţii de laborator, în timp ce alţii au tendinţa de a evita contactul cu serviciile medicale.

Tulburarea hipocondriacă poate coexista cu atacurile de panică, îngrijorarea în legătură cu starea de sănătate putând avea fluctuaţii de-a lungul unor luni sau chiar zile. Fazele acute ale afecţiunii sunt urmate de perioade mai liniştite, când temerile subiecţilor par să se reducă în intensitate. Pacienţii hipocondriaci se calmează în urma asigurărilor medicale, dar starea lor de linişte nu durează mai mult de câteva ore sau eventual câteva zile.

Modelul cognitiv al tulburării hipocondriace

Esenţa acestei tulburări constă, ca şi în cazul atacului de panică, în interpretarea eronată a unor senzaţii şi simptome corporale normale sau minore, fiind considerate semnele unei patologii organice severe. Diferenţa faţă de atacurile de panică ţine de faptul că pacienţii care suferă de această afecţiune consideră că dezastrul se va produce imediat, în timpul atacului de panică, în timp ce hipocondriacii sunt de părere că finalul catastrofal (suferinţe teribile sau moarte) se va produce într-un viitor mai îndepărtat.

Modelul cognitiv al tulburării hipocondriace a fost pus la punct de Salkovskis (1989) şi Warwick (1989). Aceşti autori sunt de părere că tulburarea se instalează atunci când un incident critic activează convingerile disfuncţionale legate de starea de sănătate. Aceste convingeri cu caracter disfuncţional se formează în copilărie sau mai târziu şi sunt modificate în urma experienţelor de viaţă.

Incidentul critic poate fi reprezentat de apariția unor simptome somatice neașteptate, de observarea unor senzații fiziologice ignorate până atunci, de decesul unei rude sau al unui prieten sau de confruntarea cu anumite informații legate de o boală.

O dată activate, convingerile disfuncționale vor conduce la interpretarea unor simptome sau senzații fiziologice ca fiind semnele unei boli organice serioase. Aceste interpretări se manifestă sub forma unor gânduri negative automate, care pot include și imagini cu conținut anxiogen ce se referă la organe sau zone ale corpului care nu mai funcționează cum trebuie (pacienții își văd inima distrusă, plămânii inflamați sau tumori maligne care le invadează organismul). Drept consecință se activează o serie de mecanisme care mențin anxietatea și preocuparea pentru starea de sănătate, mecanisme de natură cognitivă, afectivă, fiziologică și comportamentală.

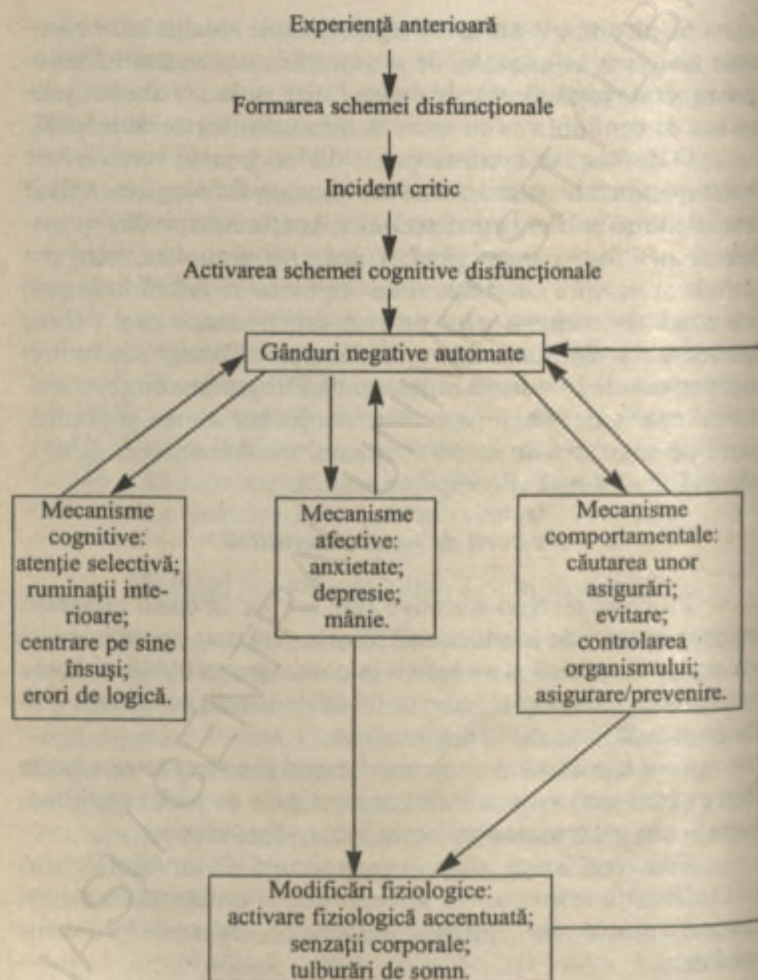
Factorii de natură cognitivă

Procesul atenției selective care are loc în cazul tulburării hipocondriace este foarte asemănător cu cel care apare în cazul atacurilor de panică și se referă la concentrarea atenției asupra unor procese fiziologice, cum ar fi bătăile inimii, activitatea gastrointestinală, respirația, deglutiția etc.

Unii hipocondriaci se concentrează și asupra unor aspecte fizice exterioare: asimetrii ale corpului, pete pe piele, umflături, secreții sau excremente (culoarea urinei, fecalelor etc.).

Frecvent, acești pacienți se preocupă de tot felul de știri sau informații referitoare la diverse boli, ei urmărind cu atenție diverse articole sau emisiuni mass-media legate de probleme medicale.

Pacienții prezintă ruminații mentale legate de îngrijorări sau de rezolvarea unor eventuale probleme legate de boală. Îngrijorările se referă fie la strategii preventive bazate pe o stare de hipervigilență pentru a detecta cele mai timpurii semne ale unei posibile boli, fie pot reprezenta un fel de strategii de tip



Modelul cognitiv al anxietăţii legate de starea de sănătate
(adaptat după Salkovskis, 1989;
Warwick şi Salkovskis, 1990).

superstițios menite să preîntâmpine efectele așa-zis negative ale unei gândiri de tip pozitiv: „dacă îmi fac griji, nu mi se va întâmpla aceasta" (Wells și Hackermannn, 1993). Ruminațiile permanente legate de starea de sănătate mențin conștientizarea asupra senzațiilor fiziologice și produc tulburări emoționale secundare, cum ar fi, de pildă, tulburările de somn, care la rândul lor vor contribui la întărirea convingerilor eronate.

Distorsionările cognitive cele mai răspândite în cazul tulburării hipocondriace sunt: ignorarea explicațiilor alternative legate de prezența simptomelor, abstragerea selectivă și tendința spre catastrofizare. Astfel, tendința de a ignora rezultatele investigațiilor și opiniile medicilor care nu confirmă existența unei boli grave provine din convingerea eronată: „Este posibil ca testele de laborator să nu-mi ofere certitudinea că nu sufăr de o boală serioasă."

Abstragerea selectivă se va referi la faptul că pacientul va recepționa în timpul controalelor medicale doar anumite informații fragmentare referitoare la sănătatea proprie. De pildă, informația legată de faptul că tensiunea este în limite normale și că trebuie verificată din când în când poate fi interpretată de către un hipocondriac ca fiind semnul că ceva este în neregulă și că din acest motiv este necesară monitorizarea periodică. Catastrofizarea se referă la exagerarea unor simptome minore, acompaniată de ignorarea unor explicații benigne ale acestora.

Modificările afective și fiziologice

Reacția emoțională cea mai răspândită care însoțește interpretările eronate ale simptomelor fiziologice este anxietatea, deși și depresia poate reprezenta o reacție secundară, mai ales dacă preocupările cu conținut hipocondriac durează de mai mult timp.

Simptomele fiziologice ale anxietății sunt cele care sunt interpretate eronat de către hipocondriaci. Acestea pot fi modificări ale ritmului cardiac, modificări digestive, tulburări de somn sau alte simptome asemănătoare.

Reacţiile comportamentale

O serie de factori de natură comportamentală contribuie la interpretările eronate pe care subiecţii hipocondriaci le conferă unor senzaţii fiziologice. Aceştia sunt: verificările, evitarea, comportamentele de asigurare şi solicitarea de încurajări. Verificările repetate ale funcţionării organismului reprezintă una din preocupările esenţiale ale subiecţilor hipocondriaci. Aceştia sunt atenţi la eventualele palpitaţii, îşi observă urina şi fecalele, starea sânilor sau a testiculelor etc. Aceste verificări pot produce disconfort, ca în cazul unor investigaţii medicale, dar şi în absenţa acestora menţin trează atenţia subiectului asupra propriului său organism, astfel încât cele mai benigne senzaţii pot fi observate şi interpretate ca simptome de boală.

Comportamentele de evitare îmbracă şi ele diverse forme. Astfel, subiectul poate evita efortul fizic sau expunerea la diverse informaţii referitoare la diverse boli. Unii pacienţi hipocondriaci vor utiliza în mod deliberat strategii de distragere, încercând să-şi controleze gândurile pentru a nu se gândi la boală.

Evitarea comportamentelor care implică un anumit grad de risc (cum ar fi efortul fizic) împiedică expunerea la acele situaţii care ar putea contribui la infirmarea convingerilor negative disfuncţionale, iar evitarea confruntării cu informaţiile legate de probleme medicale nu face decât să menţină preocuparea hipocondriacă. De asemenea, încercările de a reprima gândurile cu conţinut intruziv produc o creştere paradoxală a frecvenţei şi intensităţii acestora.

O altă categorie de reacţii o reprezintă comportamentele cu caracter preventiv, menite să reducă riscul de îmbolnăvire în viitor. Astfel, de pildă, un pacient cu anxietăţi legate de o afecţiune cardiacă poate consuma zilnic câte o tabletă de aspirină, în timp ce un altul poate lua vitamine, deşi acestea nu sunt necesare.

În cazul în care nu se exagerează, aceste comportamente nu sunt nocive prin ele însele, dar menţin preocupările legate de starea de sănătate şi convingerea că persoana este bolnavă şi are nevoie de tratament.

Alte comportamnte preventive, cum ar fi, de pildă, odihna excesivă, pot fi nocive pentru că scot organismul din formă și creează senzația de lipsă de energie, elemente ce vor fi imediat considerate ca semnele unei boli grave.

Convingerile negative legate de starea de sănătate sunt menținute și de solicitarea de încurajări din partea celorlalți. Acestea pot avea un caracter direct ca, de pildă, interogarea membrilor familiei sau prietenilor în legătură cu simptomele sau, mai subtil, pacienții le povestesc celorlalți despre ceea ce simt. De asemenea, acești pacienți se prezintă frecvent la medic și solicită o serie de analize și alte investigații de laborator, iar unii dintre ei studiază tratate și articole în speranța autodiagnosticării și automedicației. Una dintre problemele pe care le au acești pacienți care solicită numeroase investigații medicale este sentimentul că nu sunt luați în serios. Acest sentiment nu face decât să întărească nevoia pacientului de investigații suplimentare și să consolideze convingerile negative legate de competența personalului medical.

Obiectivul psihoterapiei cognitive în cazul pacienților hipocondriaci nu constă numai în infirmarea convingerilor negative legate de existența unei boli grave, ci și oferirea unei explicații mai plauzibile pentru problema lor. Terapia este focalizată pe strângerea de dovezi pentru construirea unui model psihologic care să nu mai fie centrat pe ideea de boală.

Implicarea pacienților hipocondriaci în terapia cognitiv-comportamentală este destul de dificilă datorită neîncrederii pe care o manifestă aceștia față de personalul medical. De asemenea, pot să apară dificultăți datorate dorinței nestăvilite a pacienților de a discuta și asculta diverse informații cu privire la simptomele fizice, în dauna preocupării pentru factorii de natură psihologică. Acești pacienți acceptă cu greu ideea că problematica lor este de natură psihică și fac eforturi de a demonstra că această abordare nu li se potrivește, deoarece ei sunt grav bolnavi.

Acceptarea terapiei, precum și creșterea eficienței acesteia pot fi optimizate dacă se respectă următoarele instrucțiuni (Wells, 1999):

1. Psihoterapia cognitiv-comportamentală trebuie prezentată ca o posibilitate de a afla care este problema, subiectul neavând ce să piardă. Terapeutul va sublinia că pacientul a încercat tot felul de metode medicale fără să obţină nici un rezultat. În această situaţie, tratamentul psihologic ar putea reprezenta o altă alternativă care, chiar dacă nu se dovedeşte eficientă, măcar îi oferă subiectului posibilitatea testării altei alternative.

2. Terapeutul trebuie să aducă contraargumente împotriva concepţiilor eronate ale pacienţilor cu privire la tratamentul psihologic, deoarece majoritatea acestora cred că tratamentul psihologic consideră simptomele ca fiind imaginare. Terapeutul trebuie să sublinieze că simptomele respective sunt reale, dar pot avea şi alte cauze decât o boală foarte gravă.

3. Este necesară sublinierea caracterului colaborativ al tratamentului, fapt ce înseamnă că atât terapeutul cât şi pacientul trebuie să fie deschişi „şi să caute" împreună răspunsuri posibile „la problema în cauză".

4. Încă de la începutul terapiei trebuie să se prezinte informaţii legate de modelul cognitiv al tulburării hipocondriace şi să se realizeze unele experimente în sfera comportamentală, experimente care să contribuie la identificarea unor explicaţii alternative.

5. Terapeutul va sublinia şi efectul de ameliorare momentană pe care îl au asigurările medicale, cât şi faptul că acestea nu fac decât să menţină problema.

6. Pacientul trebuie ghidat în aşa fel încât să nu se mai concentreze în mod prioritar asupra simptomelor, ci să-şi îndrepte atenţia stărilor emoţionale şi gândurilor negative (interpretări eronate) legate de acestea.

Prezentăm un dialog realizat de către terapeut şi pacient în cursul primei şedinţe de psihoterapie.

T: Dacă am înţeles bine, vă faceţi de mai multă vreme griji în legătură cu starea de sănătate. Ce aţi întreprins pentru a vă rezolva problema?

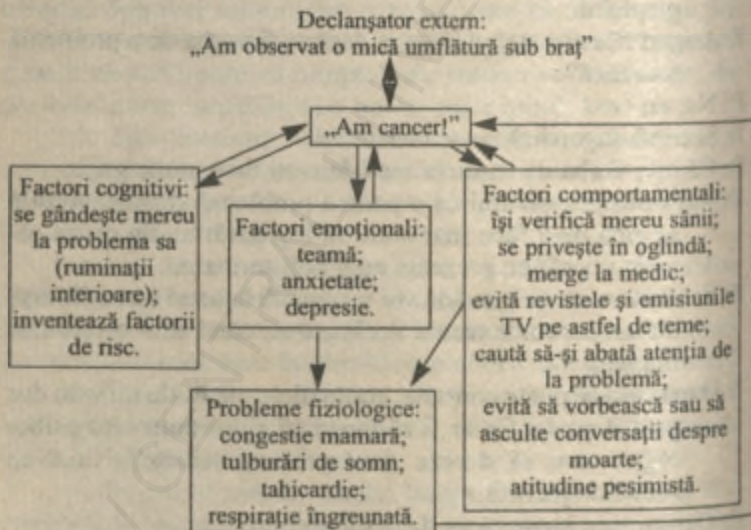
P: M-am prezentat de mai multe ori la medic, am făcut analize şi o electrocardiogramă. Toate au ieşit normale.

T: Credeți că vizitele la medic și investigațiile v-au fost de vreun folos?
P: M-am liniștit pentru puțin timp, dar atunci când am simțit din nou o jenă în piept temerile mele au reapărut.
T: Cele ce ați spus sunt foarte importante pentru înțelegerea problemei care vă supără. Ați afirmat că vizitele la doctor v-au liniștit și că totul a fost mai bine pentru un timp. Ce vă spune aceasta despre problema pe care o aveți?
P: Nu știu. Nu mi-aș face griji dacă nu aș simți o jenă în zona pieptului.
T: Asigurările ar rezolva situația dacă ar fi vorba de o problemă somatică?
P: Nu, nu cred.
T: Și ce vă sugerează acest lucru?
P: Că este vorba de tendința mea de a-mi face multe griji.
T: Așa este. Este posibil ca o parte a problemei dumneavoastră să aibă de-a face mai mult cu îngrijorările din cauza sănătății decât cu prezența unei boli serioase.
P: Ei bine, nu sunt sigur. Mă voi mai gândi la acest lucru. Totuși, nu mă cuprinde teama decât atunci când simt o presiune în piept.
T: După cum se poate constata, controalele medicale nu v-au dus prea departe. Ce ar fi să încercați și un tratament psihologic, care să dureze douăsprezece ședințe? Nu aveți nimic de pierdut.
P: Dar nu sunt sigur că va da rezultate.
T: Veți avea oricum ceva de câștigat. Dacă tratamentul va da rezultate va fi cu atât mai bine, iar dacă nu, medicul de familie va fi mai motivat să găsească pentru dumneavoastră și alte alternative de terapie.
P: Cred că aveți dreptate.

O dată ce pacientul a acceptat psihoterapia, se va trece la prezentarea modelului cognitiv al tulburării hipocondriace, model ce se va aplica la cazul concret cu care se confruntă terapeutul.

Maria, o farmacistă de 41 de ani, își face în permanență griji deoarece se teme că ar putea avea un cancer mamar. Toate investigațiile de laborator au ieșit bune.

În cursul dialogului terapeutic se vor identifica elementul declanșator, precum și factorii cognitivi, afectivi și comportamentali care mențin preocuparea patologică pentru starea de sănătate și convingerea eronată că pacienta suferă de boala de care se teme. Pornind de la datele obținute, terapeutul va elabora schema cognitivă a tulburării.



Dialogul purtat de psihoterapeut împreună cu Maria este următorul:

T: Aș dori să-mi spui mai multe despre temerile tale în legătură cu sănătatea. Ți-ai făcut griji ultima săptămână?

M: Îmi fac griji mereu. Nu pot scăpa de chinul acesta.

T: În ce constau fricile și grijile tale?

M: Mă tem că am cancer. Am observat o mică umflătură sub braț și cred că despre asta este vorba.

T: Apreciază pe o scală de la 0 la 100 cât de mult crezi că ai cancer.
M: Cam 60% când mă aflu aici în cabinet, dar când sunt singură acasă sunt aproape convinsă.
T: Ce anume te aduce în starea asta?
M: Când observ vreo umflătură cât de mică sub braț sau pe sân încep să-mi fac griji. Am citit mai multe articole pe tema asta și am constatat că mulți factori de risc acționează și în cazul meu.
T: Dacă am înțeles bine, observarea unei umflături, lectura unor materiale pe această temă sau faptul că auzi ceva despre asta te fac să te îngrijorezi. Îți controlezi mereu corpul, nu-i așa?
M: Da. Îmi examinez mereu sânii și privesc sub axilă pentru a vedea dacă nu apare vreun nodul.
T: Cât de fervent faci acest lucru?
M: Depinde. Uneori o dată pe zi, alteori de fiecare dată când mă spăl, iar alteori chiar de 10 – 15 ori pe zi.
T: Îți mai verifici și alte zone ale corpului?
M: Uneori mă privesc în oglindă să văd dacă nu m-am schimbat la față, dacă nu am îmbătrânit cumva.
T: Ce ar însemna dacă ai observa vreo schimbare?
M: Ar însemna că am cancer.
T: Și atunci când te uiți în oglindă, ce observi?
M: Că arăt ca de obicei.
T: Există unele lucruri pe care le eviți?
M: Nu mă uit la emisiunile medicale, la filmele în care este vorba de persoane bolnave, nu mai citesc articole de acest gen.
T: Le povestești celorlalți ceea ce simți și ai tendința de a cere asigurări?
M: Am fost la medic de mai multe ori și cred că s-a plictisit deja de mine. Mi-a spus că umflătura de sub braț nu este ceva serios și că ar fi de dorit să revin peste câteva luni.
T: Ai mai discutat problema ta și cu alte persoane?
M: I-am povestit soțului meu, dar și el s-a săturat să audă mereu același lucru.

T: Se pare că ceilalţi oameni nu-ţi acordă atenţia cuvenită.

M: Se pare că nu le pasă. Port singură această povară. Uneori mă gândesc la faptul că doar eu voi muri. (Pacienta plânge).

T: Sunt sigură că aceste gânduri te întristează foarte mult. Le vom discuta mai târziu pentru că ele sunt foarte importante pentru tine. Să ne întoarcem acum la gândurile tale legate de boală, se modifică ele în vreun fel?

M: Nu mi le pot scoate din minte. Încerc să-mi spun că exagerez, dar acest lucru nu-mi foloseşte la nimic. Cu cât mă gândesc mai mult, cu atât mă simt mai rău.

T: Se pare că îţi petreci mult timp gândindu-te la aceste lucruri. Nu ţi se întâmplă să încerci să nu te gândeşti?

M: Ba da. Încerc să-mi abat atenţia găsindu-mi diverse ocupaţii.

T: Utilizezi vreun fel de superstiţii, ca de pildă să nu te gândeşti la lucruri bune pentru a nu se întâmpla ceva rău sau să faci ceva într-un fel anume, ca ritual, de pildă?

M: Nu las pe nimeni să pomenească cuvântul „moarte", iar dacă întâlnesc vreun cortegiu „funerar" îmi încrucişez degetele. În acelaşi timp, mă tem să fiu prea bine dispusă pentru a nu-mi merge rău.

T: Mi-am făcut deja o idee despre cum stau lucrurile. Aş dori să mai ştiu care sunt stările tale emoţionale atunci când îţi faci griji.

M: Mă simt foarte speriată şi deprimată pentru că nu pot face faţă acestei probleme.

T: Atunci când te simţi speriată, ai şi unele senzaţii fiziologice?

M: Inima mea bate foarte repede şi am senzaţia că mă sufoc.

T: Ce simţi atunci când eşti deprimată?

M: Mă simt epuizată şi îmi dau seama că nu mai pot continua aşa.

T: Am notat ceea ce mi-ai spus şi am realizat o schemă care explică ceea ce ţi se întâmplă. Este vorba despre un fel de cerc vicios, pe care va trebui să-l distrugem împreună.

Succesul psihoterapiei va depinde în mare măsură de acceptarea de către pacientul hipocondriac a explicaţiei psiholo-

gice date problemei. În cazul în care tulburarea hipocondriacă este asociată cu atacuri de panică este indicat ca terapeutul să abordeze mai întâi atacurile de panică și apoi problematica legată de teama de existență a unei boli grave.

Tehnicile psihoterapeutice utilizate

„Demitizarea" simptomelor

Analizarea modului de producere a unor simptome, cum ar fi amețelile, palpitațiile, constricția toracică etc., va fi făcută de către terapeut pentru a-i demonstra pacientului că acestea nu sunt neapărat semnele unei boli grave. Astfel, de pildă, în cazul în care amețelile apar mai mult dimineața și în zilele lucrătoare, terapeutul va adresa pacientului întrebări de tipul următor: „Dacă ar fi adevărat că suferi de o boală gravă, cum îți explici că amețelile tale nu apar în weekend sau în concediu?"

Se vor discuta, în continuare, cauzele posibile ale respectivelor simptome: stresul, consumul de cafea, fumatul, cădere de calciu etc. Pentru ca această strategie să dea rezultate este necesară o înregistrare zilnică a modului de apariție și manifestare a simptomelor.

Trecerea în revistă a impactului produs de solicitarea de asigurări

La pacienții hipocondriaci se constată că asigurările, inclusiv controalele medicale și analizele de laborator, produc ușurare, cel puțin pentru moment. Psihoterapeutul va utiliza această situație pentru a conștientiza cauza reală a acestor simptome („Dacă asigurările fac simptomele să dispară, ce poți să spui despre cauza lor?").

Întrebările care vor fi adresate pacientului sunt de tipul următor: „Ce se întâmplă cu simptomele tale atunci când medicul îți spune că nu sunt serioase?"; „Dacă asigurările te fac să te simți mai bine, mai poate fi vorba de o boală serioasă?"; „Repre-

zintă asigurările un tratament pentru cancer sau pentru vreo boală gravă de inimă?"

Comportamentele de evitare pot fi şi ele utilizate pentru a demonstra natura psihologică a simptomelor. Astfel, de pildă, dacă un pacient evită să citească articole sau să urmărească emisiuni medicale legate de boală deoarece acestea ar putea să-i accentueze simptomele, este evident că acestea au un caracter psihogen („Cum ar putea lectura unor articole despre cancer să influenţeze în rău evoluţia unei tumori?").

Experimentele de orientare a atenţiei spre interior (Experimente de atenţie selectivă)

Terapeutul va solicita pacientul să se concentreze asupra unor senzaţii fiziologice pe care în mod normal nici nu le observă. În continuare se va sublinia asemănarea dintre verificările corporale pe care le realizează hipocondriacul şi acest gen de experimente. În urma acestor experimente pacientul trebuie să conştientizeze faptul că o concentare asupra unor procese fiziologice produce o intensificare a acestora, fapt ce este interpretat de către hipocondriac ca reprezentând semnul bolii grave de care suferă.

Restructurarea cognitivă

Restructurarea cognitivă în cazul pacienţilor hipocondriaci are drept obiectiv realizarea unei înţelegeri a problemei acestora. În unele cazuri modificarea concepţiei referitoare la existenţa unei boli grave este greu de înlăturat prin metoda contraargumentării. De exemplu, există pacienţi care sunt convinşi de faptul că suferă de o boală gravă, dar nu ştiu precis care este aceasta sau cred că afecţiunea are o evoluţie lentă (ca în S.I.D.A.), şi din acest motiv rezultatele la investigaţiile de laborator pot să nu fie concludente, situaţie în care aducerea unor contraargumente verbale sau bazate pe experimente pot să nu dea rezultatele scontate. Mai mult, chiar şi tehnicile prin intermediul cărora se aduc explicaţii alternative simptomelor prezen-

tate de pacient nu se dovedesc eficiente pe termen lung. Aceste strategii au tendința de a fi transformate de pacient într-o solicitare de asigurări repetate, acesta prezentându-se la fiecare ședință de psihoterapie cu noi simptome ce trebuie explicate.

Succesul psihoterapiei cognitiv-comportamentale în cazul hipocondriacilor depinde de abilitatea terapeutului de a comuta atenția pacientului de la simptome la gândurile și comportamentele asociate cu acestea.

Experimentele din sfera comportamentală

Verificarea previziunilor pacientului

Provocarea directă a convingerilor legate de boală poate fi utilizată în cazul în care pot fi formulate predicții concrete în legătură cu aceasta. De pildă, în cazul în care acesta crede că are ceva serios la inimă, se pot formula previziuni referitoare la condițiile în care boala se va manifesta și catastrofa va avea loc. Exercițiile fizice pot fi utilizate pentru a infirma o astfel de convingere.

Ca și în cazul atacurilor de panică, analiza comportamentelor de asigurare/evitare va furniza terapeutului informațiile pe baza cărora să construiască experimentele din sfera comportamentală.

Wells (1999) ne prezintă cazul unui pacient de 34 de ani, clinic sănătos, care nutrea de doi ani convingerea patologică legată de faptul că suferă de o boală degenerativă ce presupune o atrofie musculară.

T: Există anumite activități pe care le eviți pentru a nu-ți înrăutăți situația?

P: Nu mai joc fotbal, nu mai fac prea multe lucruri în gospodărie, iar dacă fac un cât de mic exercițiu fizic, obosesc.

T: Întreprinzi ceva pentru a te simți mai bine?

P: Caut să mă odihnesc cât mai mult.

T: Cum te ajută aceasta la afecțiunea ta musculară?

P: Dacă nu-mi solicit musculatura, aceasta nu va obosi și nu se va deteriora.

T: În cazul în care suferi de o atrofiere musculară și îți soliciți mușchii, care este cel mai rău lucru care se poate întâmpla?
P: Musculatura mea va slăbi și nu mă voi mai putea ține pe picioare.
T: Se pare că dovada cea mai evidentă a faptului că suferi de o boală care conduce la atrofia mușchilor este senzația de oboseală și slăbiciune. Aș dori să verificăm acum cât de slabă este musculatura picioarelor tale sau dacă vei cădea jos dacă îți utilizezi mușchii. Ce zici de asta?
P: Înțeleg. Probabil că nu voi cădea, dar mă voi simți mult mai rău.
T: Probabil că există o diferență între a te simți slăbit și a fi cu adevărat slăbit. Cât de mult crezi că mușchii picioarelor tale sunt slăbiți în momentul de față din cauza bolii?
P: Cam în proporție de 60%.
Terapeutul solicită pacientul să execute un număr de genoflexiuni.
T: În ce stare sunt mușchii tăi în acest moment?
P: Foarte slăbiți. Nu mai pot face nici un exercițiu.
T: Aș dori să mai forțăm puțin pentru a ne asigura dacă într-adevăr este ceva în neregulă. Te rog să alergi până la poarta clinicii și înapoi.
(Pacientul execută exercițiul.)
Acum te rog să stai într-un picior și să-l balansezi pe celălalt. Acum te rog să-mi spui cât de mult crezi că mușchii tăi sunt slăbiți?
P: Ei bine, nu par prea slăbiți.
T: Cât de mult mai ești convins că suferi de o atrofiere musculară?
P: Cam în proporție de 10%.
T: Ce te mai face să crezi în cele 10 procente?
P: Mai am totuși senzația de oboseală și de slăbiciune.
T: Hai să intrăm în cabinet și să căutăm împreună și alte explicații posibile pentru aceste simptome. Eu sunt convins că ele apar mai ales datorită modului în care te comporți și nu

datorită bolii. (Terapeutul va discuta cu pacientul despre efectele lipsei de exercițiu fizic și ale odihnei excesive, care dau senzația de oboseală și slăbiciune musculară).

Tehnica interviului

Această tehnică implică observarea și chestionarea altor persoane în legătură cu diversele simptome pe care le trăiesc pacienții. Obiectivul acestei tehnici este „normalizarea" tendinței exagerate de interpretare a unor senzații fiziologice sau simptome. Astfel, terapeutul și pacientul intervievează câteva persoane care nu suferă de boli cardiace și dintre care multe relatează că au avut de nenumărate ori modificări ale ritmului cardiac. În felul acesta se urmărește combaterea ideii că iregularitățile de ritm cardiac ar reprezenta simptomele unei boli grave.

Tehnicile paradoxale

Pacientul hipocondriac este instruit să accentueze cât poate de mult explorările propriului corp, precum și ruminațiile legate de o posibilă boală organică. În felul acesta i se demonstrează pacientului modul în care concentrarea atenției accentuează simptomele și stările emoționale legate de interpretarea eronată a acestora.

Stoparea controalelor medicale

Pentru accelerarea demersului terapeutic este de dorit ca pacientul să renunțe la numeroasele controale medicale pe care are tendința să le efectueze. Acest lucru este destul de dificil mai ales atunci când pacientul refuză să renunțe la ele. Când se întâmplă acest lucru, rezultatele controalelor medicale trebuie utilizate, ca și experimentele din sfera comportamentală, pentru a demonstra pacientului modul în care simptomele se ameliorează în urmă asigurărilor, fapt ce evidențiază caracterul lor psihogen. Mai mult, terapeutul va realiza previziuni în legătură cu modul în care pacientul va interpreta rezultatele negative ale controalelor medicale.

Reducerea frecvenței solicitării de asigurări

Influența căutării de asigurări asupra menținerii anxietății legate de starea de sănătate trebuie discutată în detaliu cu pacientul, aceasta făcând parte din tratamentul psihoterapeutic. Pacientului trebuie să i se explice că solicitarea de asigurări, mai ales prin intermediul controalelor și investigațiilor medicale, nu va face decât să-i furnizeze acestuia informații contradictorii, întărindu-i convingerea că medicii sunt incompetenți și că este ceva cu adevărat în neregulă cu el dacă nu i se identifică boala de care suferă.

Terapeutul va realiza împreună cu pacientul o analiză a avantajelor și dezavantajelor pe care le are acesta în urma investigațiilor medicale solicitate, demonstrându-se că dezavantajele vor fi mult mai numeroase decât avantajele, fapt ce va întări motivația pacientului să renunțe la permanenta căutare de asigurări. Totodată terapeutul va ghida pacientul și în direcția modificării strategiei de solicitare a unor controale medicale. Astfel, acesta va fi sfătuit să amâne cât mai mult controalele și, în loc să se adreseze imediat medicului sau să solicite analize, să noteze simptomele într-un jurnal și să le prezinte medicului după un interval mai mare de timp. Solicitarea de a nota simptomele reprezintă o modalitate de a contracara teama pacientului că va uita de acestea și astfel se va expune unui mare risc de îmbolnăvire.

Automonitorizarea

Pacientului i se va cere să noteze, de asemenea, variabilele care influențează simptomele: factorii de stres, consumul de cafea sau alcool, regimul alimentar, calitatea somnului, perioadele de odihnă etc. Acești factori vor influența apariția și accentuarea simptomelor și vor putea fi utilizați de către terapeut pentru a aduce contraargumente împotriva existenței unei afecțiuni somatice grave.

O mare parte a pacienților hipocondriaci vor avea tendința de a solicita asigurări și din partea psihoterapeutului în timpul ședințelor de psihoterapie. Aceștia își vor interoga terapeutul în

legătură cu cauzele unor simptome mai vechi sau mai recente și vor căuta să prezinte liste tot mai lungi cu simptome. Terapeutul va trebui să lupte cu abilitate împotriva acestei tendințe care sabotează psihoterapia și care, de multe ori, ascunde convingerile eronate că psihoterapeutul trebuie să știe totul despre simptome și cauzele acestora sau că specialiștii în domeniul sănătății au tendința de a trece cu vederea anumite detalii și din acest motiv ele trebuie să le fie permanent reamintite.

Așa cum am subliniat mai sus, psihoterapeutul nu trebuie să se lase prins în capcana izvorâtă din nevoia pacientului de a obține explicații pentru tot ceea ce simte acesta.

Monitorizarea gândurilor negative referitoare la starea de sănătate

Notarea gândurilor negative automate în legătură cu starea de sănătate reprezintă un prim pas în cadrul demersului de înlocuire a acestora cu gânduri mai raționale. Prezentăm un model de fișă pentru notarea gândurilor negative automate (Wells, 1999).

Data	Situația	Factorul declanșator al anxietății legate de starea de sănătate	Starea afectivă (emoția)	Gândurile negative (Notați pe o scală de la 0 la 100 cât de mult credeți în ele)	Gânduri raționale alternative (0 – 100)	Reevaluare (0 – 100) Cât de mult mai credeți în adevărul gândului negativ

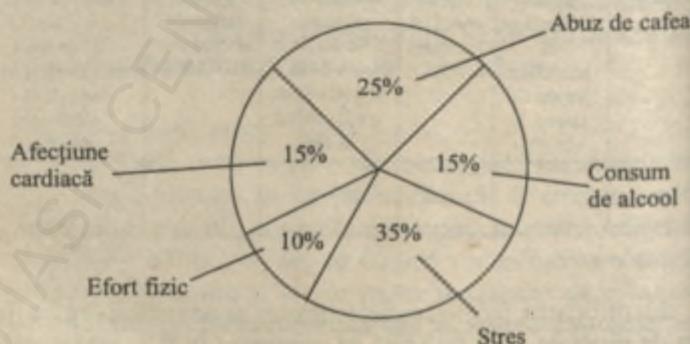
Identificarea factorilor declanșatori ai anxietății legate de starea de sănătate va fi utilizată ca argument în favoarea caracterului psihogen al simptomelor. Reevaluarea nivelului la care mai crede pacientul în gândurile negative automate se va realiza după ce au fost aplicate tehnicile psihoterapiei cognitive de

combatere a acestora şi de înlocuire a lor cu gânduri alternative raţionale. Reamintim că obiectivul terapiei constă în formarea şi consolidarea unor convingeri raţionale alternative, o dată cu reducerea gândurilor şi convingerilor legate de faptul că persoana în cauză suferă de o boală gravă.

Elaborarea diagramelor referitoare la cauzele posibile ale simptomelor

Una dintre caracteristicile cele mai importante ale pacienţilor hipocondriaci constă în supraestimarea cauzelor unor simptome, cauze care ar putea sugera prezenţa unei boli grave. Terapeutul va colabora cu pacientul pentru a elabora o listă cât mai completă a cauzelor posibile ale simptomelor de care acesta se teme. Se desenează apoi o diagramă circulară în cadrul căreia pacientul va aprecia în procente cauzele posibile care ar putea genera simptomul.

Prezentăm diagrama cauzelor posibile ale tulburărilor de ritm cardiac:



Metoda „piramidei inversate" (Wells, 1999)

Este o tehnică asemănătoare cu cea prezentată mai sus și are rolul de a-i demonstra pacientului tendința sa de a exagera evenimentele. Aceasta constă în a-i solicita pacientului să aprecieze ce procent din populație suferă de un anumit simptom, la cât de multe prsoane simptomul persistă sau se repetă, cât de mulți se adresează medicului sau solicită investigații de laborator pentru problema respectivă.

Anca, o avocată de 39 de ani, are uneori dureri de cap și trăiește o teamă intensă că suferă de o tumoră cerebrală. Dialogul purtat cu psihoterapeutul este următorul:

T: Cât de mult crezi că durerea ta de cap este simptomul unei tumori cerebrale?

A: În proporție de aproximativ 60%.

T: Hai să examinăm problema ta. Câți oameni din București se trezesc dimineața cu dureri de cap? Apreciază aproximativ.

A: Să spunem 3 000 de oameni, poate ceva mai mulți.

T: Bine. La câte persoane mai persistă durerea de cap până seara?

A: Să spunem la 1 000.

T: Câți dintre aceștia mai suferă de dureri de cap și a doua zi dimineața?

A: Poate 200.

T: Câți dintre aceștia mai au dureri de cap și după trei zile?

A: Poate 50.

T: Câți dintre ei se adresează medicului de familie care le recomandă investigații?

A: Probabil 15.

T: Și la câți dintre aceștia crezi că vor fi identificate probleme serioase?

A: Poate la vreo 4.

T: La câți dintre aceștia se identifică o tumoră cerebrală?

A: Probabil la o persoană sau două.

T: După cum ai afirmat singură, te înscrii într-un procent foarte mic. Cât de sigură mai ești acum că durerea ta de cap este simptomul unei tumori cerebrale?

Identificarea erorilor de logică

Pacienţii vor fi ghidaţi să identifice principalele distorsionări cognitive care stau la baza menţinerii problemei. În cazul tulburării hipocondriace, distorsionările cognitive cele mai frecvent întâlnite sunt: catastrofizarea, gândirea dihotomică (de tip „alb-negru") şi abstracţia selectivă.

Identificarea erorilor de gândire va fi utilizată ca un prim pas în cadrul demersului terapeutic de combatere a gândurilor şi convingerilor negative şi de înlocuire a acestora cu unele mai realiste. În cazul unor pacienţi hipocondriaci interpretările exagerate ale unor senzaţii sau simptome au loc sub formă de imagini. Astfel, aceştia îşi văd „inima explodând sau oprindu-se, „corpul invadat" de tumori canceroase etc. În asemenea cazuri adresarea de întrebări cu caracter provocativ pentru gândurile şi convingerile negative este mai puţin eficientă decât la cei la care acestea se exprimă în plan predominant verbal. În aceste cazuri este mult mai utilă manipularea imaginilor de către terapeut.

Într-o primă etapă terapeutul va explica acestor pacienţi faptul că blocarea voluntară a imaginilor terifiante îi împiedică să evaluează corect gradul lor de veridicitate. În continuare pacienţii sunt solicitaţi să menţină imaginile pe ecranul mental, iar acestea vor fi provocate prin întrebări care să pună la îndoială veridicitatea lor. Sunt administrate apoi informaţii cu caracter corectiv, informaţii ce vor fi încorporate procesului de imaginaţie dirijată, astfel încât acestea să capete un alt conţinut, neanxiogen.

Tehnica dă rezultate superioare dacă este realizată în stare de relaxare sau hipnoză.

Strategia celor două coloane (adaptată după Wells, 1999)

Pacientului i se cere să împartă o foaie în două coloane, în prima fiind notate dovezile legate de faptul că suferă de o boală gravă, iar în a doua cele legate de faptul că el doar crede că are o boală organică.

Dovezi că problema mea este următoarea:

Sufăr de o afecțiune cardiacă	Doar cred că sufăr de o afecțiune cardiacă
Am frecvent senzații de jenă în zona toracică. Am tahicardie. Am senzații de sufocare. Am tensiune arterială ridicată. Rezultatele restructurării cognitive: 1. Există mai multe cauze pentru senzația de jenă în piept: încordare musculară, controlarea respirației. 2. Orice om normal are variații ale ritmului cardiac. 3. Este normal să am o senzație de sufocare după efort fizic dacă nu sunt antrenat. 4. Tensiunea mea arterială se ridică în cazul în care simt anxietate, dar nu sufăr de hipertensiune cronică.	Concentarea asupra simptomelor le agravează. Atunci când îmi fac griji mi se modifică ritmul cardiac. Asigurările fac simptomele să dispară (chiar și tensiunea se reduce). Mi-am forțat inima alergând și nu s-a întâmplat nimic. Dacă încetez să-mi controlez mereu pulsul, mă simt mai bine. Tensiunea mea se situează în limite normale. Ea se ridică atunci când mă sperii, dar nu atinge limite periculoase.

Abordarea îngrijorărilor și ruminațiilor interioare

Marea majoritatea a pacienților hipocondriaci petrec perioade lungi în care nu fac altceva decât să se gândească la simptomele lor, făcându-și tot felul de griji în legătură cu cauzele posibile ale problemelor lor, cu implicațiile așa-zisei boli sau ale morții. Mulți dintre aceștia nutresc tot felul de gânduri superstițioase: dacă nu se vor îngrijora suficient, boala lor se va înrăutăți sau consideră că prin intermediul gândirii negative ei vor evita să fie pedepsiți de Dumnezeu. Mai mult, ei cred adesea că gândirea pozitivă reprezintă o provocare a destinului, care le va aduce doar nenorociri.

Convingerile negative legate de utilitatea îngrijorărilor se pot referi și la ideea pe care o au unii pacienți că acestea mențin vigilența și astfel pot fi detectate imediat primele semne de boală,

luându-se măsurile necesare. În astfel de situaţii, terapeutul va aborda şi aceste convingeri prin mijloacele specifice terapiei cognitiv-comportamentale (Wells, 1995; Wells şi Hackmann, 1993).

Radu, un inginer de 49 de ani, suferind de tulburare hipocondriacă, nutreşte convingerea că gândirea pozitivă este periculoasă.

T: Dacă am înţeles bine, dacă îţi permiţi să gândeşti pozitiv în legătură cu starea ta de sănătate, crezi că se va întâmpla ceva rău.

R: Da, este rău să fii prea optimist pentru că poţi provoca destinul.

T: Şi ce se va întâmpla dacă provoci destinul?

R: Ei bine, m-aş putea îmbolnăvi rău.

T: Deci gândind pozitiv te-ai putea îmbolnăvi? Cum ar putea gândurile pozitive să producă acest lucru?

R: Nu ştiu. Pare absurd, dar este posibil ca Dumnezeu să mă pedepsească pentru că sunt prea optimist.

T: Nu prea se potriveşte ceea ce spui cu noţiunea de Dumnezeu din Biblie. Ce fel de Dumnezeu este acela care îi pedepseşte pe oameni pentru că sunt fericiţi, au credinţă şi gândesc pozitiv?

R: Bunica îmi spunea când eram copil că este rău să fii prea fericit.

T: Se potriveşte concepţia ta cu concepţia generală despre Dumnezeu?

R: Nu, nu prea se potriveşte.

T: Într-adevăr, nu prea se potriveşte concepţia ta cu concepţia religioasă general acceptată. Am mai observat ceva curios în legătură cu convingerile tale. Tu pari să crezi că modul tău de gândire ar putea influenţa voinţa lui Dumnezeu. Chiar te crezi atât de puternic?

R: *(râde)* Sigur că nu. Chiar nu cred aşa ceva.

T: Bine. Examinând acum problema cu mai multă atenţie, cât de mult mai crezi că a gândi într-un anumit mod te va proteja de Dumnezeu?

R: Acum, după ce am discutat, mi se pare absurd.

T: Ce ar fi să facem un mic experiment? Nu-ți face griji timp de o săptămână și acordă-ți câte o jumătate de oră pe zi în care să te relaxezi și să-ți spui în gând că ești perfect sănătos și în formă și vom vedea în ce dispoziție te vei afla și dacă se întâmplă ceva rău.

O altă modalitate de abordare a tendinței subiectului de a-și face griji constă în examinarea avantajelor și dezavantajelor îngrijorărilor, rezultatul analizei fiind net în favoarea abandonării acestora.

Modificarea supozițiilor și convingerilor negative disfuncționale

Așa cum am mai subliniat, pacienții hipocondriaci nutresc tot felul de convingeri absurde. Unele sunt de tip superstițios și se referă la ideea că Dumnezeu i-ar putea pedepsi prin boală sau moarte timpurie, altele legate de faptul că familia nu s-ar putea descurca fără ei sau că boala le-ar aduce pierderea respectului de sine sau din partea celorlalți.

Sunt prezente și convingeri ce țin de viața de apoi, pacienții imaginându-și cum vor privi din ceruri și vor vedea cum suferă ceilalți din pricina decesului lor sau faptul că ei vor suferi veșnic pentru că sunt despărțiți de cei dragi.

Mulți pacienți nutresc convingerea că stresul și anxietatea le pot produce boli grave, mai ales cardiace, sau că orice asimetrie corporală apărută o dată cu vârstă este semnul unei afecțiuni somatice severe. Majoritatea acestor convingeri nu pot fi destructurate prin intermediul experimentelor din sfera comportamentală, metoda cea mai potrivită fiind o combinație între dialogul socratic, furnizarea unor informații și generarea disonanței cognitive.

Prezentăm mai jos un model de dialog menit să destructureze convingerile superstițioase prin metoda disonanței cognitive (Wells, 1999). Metoda urmărește să activeze convingerile preexistente ale pacientului și să utilizeze logica pentru a genera contradicții între acestea și convingerile negative disfuncționale.

T: Aşadar, crezi că dacă eşti convins că eşti sănătos şi te simţi bine vei provoca destinul şi Dumnezeu te va pedepsi? Cât de mult crezi acest lucru?
P: Cam în proporţie de 60%.
T: Consideri că eşti o persoană puternică?
P: Nu, deloc.
T: Se pare totuşi că îţi închipui că îl controlezi pe Dumnezeu prin intermediul gândurilor tale. Nu crezi că cineva care poate realiza acest lucru este mai puternic decât însuşi Dumnezeu?
P: Adevărat. Un astfel de gând reprezintă o blasfemie. Nu cred aşa ceva.
T: Din discuţiile noastre anterioare am dedus că eşti o persoană religioasă. Ce fel de entitate crezi că este Dumnezeu?
P: Blând, iertător şi iubitor de oameni. Nu cred în cazanele iadului.
T: Se pare că există o contradicţie în convingerile tale: Dumnezeu te va lovi pentru că nutreşti gânduri pozitive în legătură cu propria stare de sănătate şi în acelaşi timp crezi că el este blând şi iubitor de oameni.
P: Într-adevăr, din punct de vedere logic lucrurile nu se prea potrivesc.
T: Acum, după discuţia noastră, cât de mult mai crezi că Dumnezeu te va pedepsi pentru că nutreşti gânduri pozitive în legătură cu starea ta de sănătate?
P: Nu mai cred deloc aşa ceva.

În continuare terapeutul va recomanda pacientului ca temă pentru acasă să provoace destinul în fiecare zi timp de o săptămână pentru a verifica dacă lucrul rău de care se teme se va petrece cu adevărat. Acesta a relatat că nu numai că nu s-a întâmplat nimic, dar a constatat şi o serioasă ameliorare a stării afective.

Reducerea gândurilor legate de teama de moarte prin metoda dialogului socratic (Wells, 1999)

Terapeutul va explora mai întâi semnificația gândurilor și temerilor pacientului, înainte de a proceda la modificarea acestora.

Pacienta Magdalena, de 48 de ani, economistă, diagnosticată cu tulburare hipocondriacă, este măcinată de teama de moarte.

T: Ce te temi că se va întâmpla atunci când vei muri?

M: Nu știu. Încerc să nu mă gândesc la asta.

T: Care ar fi cel mai rău lucru care s-ar putea întâmpla atunci când vei muri?

M: Mă gândesc la ceea ce se va întâmpla atunci cu trupul meu.

T: Ce se va întâmpla?

M: Atunci când ești îngropat vei fi mâncat de viermi și acest lucru este groaznic.

T: Dacă acest lucru ar fi adevărat, de ce ar fi atât de îngrozitor?

M: Nu știu, este oribil.

T: Nu este un lucru prea plăcut la care să te gândești, dar ar fi chiar atât de oribil atunci când ești moartă?

M: Da, cred că ar fi.

T: După câte înțeleg, crezi că vei mai rămâne conștientă după ce vei muri?

M: Mă tem că aș putea să simt sau să-mi dau seama de ceea ce se petrece.

T: Un aspect important al fricilor tale ține de convingerea ta că vei continua să exiști într-o formă oarecare și după moarte, nu-i așa?

M: Da, despre asta este vorba. Dar dacă totuși se întâmplă așa ceva?

T: Toate religiile afirmă că o dată cu moartea spiritul se eliberează și părăsește corpul, care se descompune datorită activității unor bacterii. După discuția noastră, te mai temi tot atât de mult de ceea ce se va petrece după moarte?

Tehnica imaginației dirijate

Imaginile mentale joacă un rol foarte important în cadrul interpretărilor eronate realizate de către pacienții hipocondriaci. Din acest motiv, modificarea imaginilor anxiogene reprezintă una din modalitățile importante de terapie a acestei afecțiuni.

Tehnica imaginației dirijate dă rezultate mult mai bune atunci când este aplicată în stare de relaxare sau hipnoză. Există două modalități de utilizare a acestei metode.

• Prima se referă la desensibilizarea sistematică, în cadrul căreia se realizează o ierarhie a situațiilor anxiogene (în cazul de față, a temerilor legate de starea de sănătate), pacientul aflat în stare de relaxare fiind solicitat să se confrunte cu acestea până când anxietatea devine foarte puternică. Se trece la imaginea următoare abia atunci când anxietatea legată de imaginea anterioară s-a redus aproape total.

• A doua modalitate de utilizare a tehnicii imaginației dirijate constă în modificarea conținutului imaginii anxiogene.

Astfel, de pildă, o pacientă care vizualiza permanent imaginea propriei înmormântări, ea văzându-se în sicriu, înconjurată de rudele îndurerate, a fost solicitată, în stare de hipnoză, să-și imagineze că se ridică din sicriu și anunța familia că a fost doar o glumă pentru a se convinge de modul în care vor reacționa rudele.

Paradoxal, unii pacienți hipocondriaci care se tem că ar putea avea o boală gravă pun în acțiune comportamente nesănătoase, cum ar fi fumatul sau consumul abuziv de alcool. În astfel de situații, una dintre sarcinile importante ale terapeutului constă în motivarea pacientului să elimine aceste comportamente de risc și să adopte un stil de viață mai sănătos.

Capitolul 10

Psihoterapia cognitiv-comportamentală în cazul tulburării obsesiv-compulsive

Trăsătura esenţială a tulburării obsesiv-compulsive constă în apariţia unor obsesii sau compulsii, care îl determină pe subiect să-şi piardă timpul cu ele – durează mai mult de o oră pe zi – şi îi produc acestuia un disconfort serios (D.S.M. IV; A.P.A., 1994).

Obsesiile reprezintă gânduri, impulsiuni sau imagini cu caracter persistent, care sunt trăite de subiect ca având un caracter intruziv şi neadecvat. Astfel, de pildă, o persoană respectabilă poate fi obsedată de ideea că va pălmui trecătorii sau le va adresa injurii.

Cele mai răspândite obsesii sunt cele legate de contaminare (subiectul este obsedat că se va infecta dacă va atinge anumite obiecte sau va da mâna cu diverse persoane), obsesiile cu caracter dubitativ (se gândeşte în mod obsesiv dacă a închis sau nu gazele etc.), impulsiunile cu caracter agresiv sau neadecvat (obsesia că îşi va ucide copilul, că va striga în biserică etc.), precum şi imaginile cu conţinut sexual (imagini recurente de tip pornografic).

Obsesiile trebuie diferenţiate de alte gânduri cu conţinut intruziv, cum ar fi, de pildă, îngrijorările (Wells, 1994; Wells şi Morrison, 1994). Compulsiunile reprezintă comportamente repetitive cu caracter deschis sau mascat. Compulsiunile cu caracter deschis pot fi: spălatul pe mâini de un număr foarte mare de ori pe zi, verificările, ordonarea şi aranjarea unor obiecte etc.

Compulsiunile mascate reprezintă acte mentale cum ar fi: rugăciunile, număratul sau repetarea unor cuvinte.

Obiectivul acestor acţiuni îl reprezintă prevenirea sau reducerea anxietăţii. Din punctul de vedere al teoriei cognitive, ele au rolul de a neutraliza sau preveni producerea unor evenimente anxiogene.

În unele cazuri, subiecţii realizează unele acţiuni stereotipe, bazate pe reguli rigide, fără a putea da vreo explicaţie de ce procedează astfel.

Conform criteriilor Manualului D.S.M. IV, subiecţii care suferă de tulburare obsesiv-compulsivă trebuie să fi recunoscut faptul că în anumite perioade obsesiile şi compulsiunile lor au un caracter nerezonabil şi se manifestă în exces. Există şi cazuri când obsesiile ating o intensitate delirantă, pacienţii fiind convinşi de realitatea lor, în ciuda evidenţei care demonstrează contrariul. Astfel, de pildă, un pacient era obsedat de ideea că gândurile sale negative au produs decesul unei persoane.

Ruminaţiile cu caracter depresiv sau anxios nu sunt considerate obsesii pentru că ideile respective nu sunt ego-distonice (nu vin în contradicţie cu sistemul ideativ general al persoanei).

În cazul în care subiectul nutreşte gânduri şi temeri legate de faptul că ar putea avea o boală gravă, acesta va fi diagnosticat cu tulburare hipocondriacă. Cu toate acestea, dacă el prezintă şi ritualuri repetitive şi absurde (cum ar fi, de pildă, spălatul compulsiv pe mâini), i se poate adăuga şi diagnosticul suplimentar de tulburare obsesiv-compulsivă. O tematică uzuală a pacienţilor cu tulburare obsesiv-compulsivă se referă la tendinţa de a face rău cuiva, urmată de tendinţa de a preveni acest rău potenţial. Obsesia spălatului seamănă mai mult cu o fobie, deoarece subiectul se teme de contaminare şi dezvoltă comportamente de evitare pentru a preveni contaminarea.

Principalele tipuri de obsesii sunt:

– de contaminare;

– de violenţă fizică a propriei persoane sau a celorlalţi (de exemplu: „îmi voi ucide copilul". Pacienta nu rămâne singură cu copilul; caută asigurări; ascunde cuţitele, pungile de plastic etc.);

– obsesia morţii (de exemplu: are imaginea fiinţelor dragi moarte);

– obsesia accidentelor;

– obsesia unui comportament inacceptabil (de exemplu: „o să spun o obscenitate"; pacientul încearcă să-și păstreze controlul; evită situațiile sociale; îi întreabă pe ceilalți dacă comportamentul său a fost acceptabil într-o anumită situație);

– obsesiile sexuale – preocupări pentru organele sexuale sau acte sexuale inacceptabile (de exemplu: „voi comite un viol"; pacientul evită să stea singur cu o femeie; încearcă să-și abată gândul de la problemele sexuale);

– obsesiile religioase (îndoieli cu privire la religie; blasfemii);

– obsesia ordinii (lucrurile să fie la locul lor, acțiunile să se desfășoare într-o anumită ordine);

– obsesiile fără sens: fraze fără sens, imagini, melodii, numere (de exemplu: aude „în cap" melodia de la actualități în timp ce citește și din acest motiv repetă unele acțiuni până când reușește să citească același pasaj fără să mai audă melodia.

Modelul cognitiv al tulburării obsesiv-compulsive

Numeroși autori au căutat explicații teoretice de tip cognitivist pentru această tulburare. Astfel, McFall și Wollersheim (1979) au subliniat rolul convingerilor de tip perfecționist în declanșarea afecțiunii, Rachman (1976) și Salkovskis (1985) s-au referit la o exacerbare a sentimentului responsabilității, Reed (1985), Persons și Foa (1984), Sher, Mann și Frost (1984) au postulat ideea unei anormalități în cadrul procesului de luare de decizii, Rachman (1993) a afirmat că la acești subiecți se produce o fuziune între gândire și acțiune, iar Clark și Prudon (1993), precum și Wells și Matthews (1994) au pus în centrul modelului tulburării obsesiv-compulsive conceptul de convingeri metacognitive.

Psihoterapia de orientare comportamentală utilizează tehnica expunerii la stimulii care reprezintă obiectul obsesiei, precum și tehnica preîntâmpinării comportamentelor de tip ritualist.

Modelul cognitiv al tulburării obsesiv-complusive este mai complex şi abordează şi problematica gândurilor şi convingerilor negative, disfuncţionale.

Modelul cognitiv elaborat de Salkovskis (1989)

În conformitate cu acest model, pacienţii cu tulburare obsesiv-compulsivă interpretează apariţia cogniţiilor cu conţinut intruziv ca fiind un indicator al faptului că ei ar putea fi responsabili de producerea unui eveniment negativ dacă nu întreprind anumite acţiuni pentru a-l preveni.

Evaluarea semnificaţiei gândurilor intruzive are la bază convingeri de tipul următor: „A nutri un gând legat de o anumită acţiune este acelaşi lucru cu realizarea efectivă a acţiunii; faptul de a nu neutraliza gândul intruziv echivalează cu dorinţa ca acel fenomen negativ să se producă."

Evaluările cogniţiilor intruzive se manifestă sub forma gândurilor negative automate şi sunt amplificate de dispoziţia depresivă a subiectului, care nu le poate controla.

O dată declanşate evaluările negative legate de obsesii, începe să se manifeste şi a doua componentă a tulburării obsesiv-compulsive: iniţierea comportamentelor de neutralizare, care pot fi interne (subiectul se străduieşte să gândească pozitiv) sau externe (persoana se spală în mod compulsiv pe mâini ca reacţie la gândul obsesiv legat de contaminare).

Reacţiile de neutralizare reduc disconfortul şi tendinţa subiectului de a-şi asuma responsabilităţi diverse, iar punerea în acţiune a acestor reacţii nu va face decât să activeze cogniţiile cu caracter intruziv, asociaţia gând intruziv – comportament de neutralizare acţionând sub forma unui cerc vicios.

O explicaţie posibilă a acestui fenomen ar putea consta în faptul că cu cât subiectul încearcă să înlăture gândurile nedorite, cu atât acestea devin mai puternice şi mai frecvente (Wegner, Schneider, Carter şi White, 1987). În cadrul acestui model, reacţiile deschise sau mascate de neutralizare sunt motivate de prezenţa convingerilor referitoare la asumarea responsabilităţilor.

Conform modelului descris mai sus, psihoterapia cognitivă trebuie să se concentreze asupra modificării gândurilor negative automate și convingerilor legate de asumarea responsabilității pentru producerea unui rău potențial. Alți teoreticieni sunt de părere că această abordare exagerează problema responsabilității. Astfel, de pildă, Wells și Matthews (1994; 1997) consideră că o atenție sporită trebuie acordată și convingerilor de tip metacognitiv referitoare la nevoia de a controla gândurile, precum și la caracterul periculos al gândurilor intruzive.

Acești autori postulează faptul că gândurile intruzive activează convingerile legate de semnificația acestora. Convingerile respective conțin informații referitoare la gândurile obsesive (intruzive), dar și la reacțiile comportamentale.

Până la lucrările acestor autori, convingerile cu privire la răspunsurile comportamentale nu au fost luate în considerație de către ceilalți teoreticieni. Așa cum am arătat, conform modelului metacognitiv, convingerile referitoare la gândurile obsesive reprezintă elementul cel mai important în înțelegerea mecanismului tulburării obsesiv-compulsive.

Rachman (1993) a introdus conceptul de fuziune dintre gând și acțiune, concept care reprezintă de fapt convingerea de tip metacognitiv, conform căreia gândurile reprezintă același lucru cu acțiunile propriu-zise (de pildă, gândul că „îmi voi arunca copilul pe fereastră înseamnă că realmente o voi face").

Convingerile metacognitive se referă la consecințele posibile ale gândurilor (în sensul că pacientul crede că gândurile pot provoca evenimente reale), precum și la efectele acestora asupra unor acțiuni trecute („dacă gândesc că am făcut un lucru rău, probabil că l-am făcut"). Aceste convingeri referitoare la fuziunea dintre gând și acțiune reprezintă sursa motivațională a unor reacții comportamentale, cum ar fi încercările de controlare a acțiunilor sau gândurilor. De pildă, dacă un pacient nutrește ideea că dacă îi trece prin minte un gând negativ, el chiar a făcut ceva rău, individul respectiv se va angaja în tot felul de acțiuni concrete sau mentale (ritualuri) de verificare pentru a invalida

gândul care îl obsedează. O pacientă obsedată de ideea că şi-a strangulat copilul sugar verifica de nenumărate ori camera unde dormea copilul pentru a se convinge că nu a făcut acest lucru. Convingerea care se află la baza unor astfel de comportamente este: „Dacă nutresc acest gând rău, probabil că am făcut sau voi face fapta respectivă."

În majoritatea cazurilor, pacienţii cu tulburare obsesiv-compulsivă resping în plan intelectual astfel de gânduri, deşi în condiţiile apariţiei unor factori declanşatori apar dubiile cu privire la gândurile respective, precum şi necesitatea invalidării lor. Analizând acest model, putem presupune că la nivel supraordonat pacientul nutreşte convingerea că gândurile obsesive (intruzive) reflectă realitatea.

În timp ce unele răspunsuri comportamentale, cum ar fi neutralizările cu caracter deschis sau tentativele de a-şi controla gândurile, sunt îndreptate în direcţia prevenirii aşa-ziselor consecinţe negative ale gândurilor obsesive, alte reacţii comportamentale au drept scop eliberarea subiectului de disconfort şi anxietate. Astfel, de pildă, pacienta care era obsedată de ideea că-şi va strangula copilul verifica încăperea unde se afla acesta pentru a se elibera de ruminaţiile sale interioare legate de faptul că a făcut acea faptă şi nu pentru a o preveni.

Reducerea disconfortului în urma acestui tip de comportament nu face decât să întărească reacţiile respective de verificare sau neutralizare. Astfel, pacientul obsesiv va crede că neutralizările au un caracter benefic, în timp ce absenţa neutralizărilor va avea consecinţe negative, cel puţin în ceea ce priveşte perpetuarea anxietăţii şi disconfortului.

În acelaşi timp, ritualurile de prevenire şi neutralizare devin, la rândul lor, o sursă de stres şi disconfort, pentru că îl determină pe subiect să consume foarte mult timp şi sunt apreciate de acesta ca necontrolabile şi periculoase.

Următorul caz clinic ilustrează utilizarea comportamentelor de verificare pentru a stopa cercul vicios anxietate-ruminaţii interioare.

Dorin, un profesor în vârstă de 32 de ani, nutrea gândul obsesiv că a accidentat pe cineva cu mașina în timp ce conducea. Pacientul se întorcea din drum de mai multe ori pentru a verifica dacă nu a accidentat vreo persoană sau nu a ucis vreun animal până când se convingea că nu s-a întâmplat nimic. Pacientul era obsedat de imagini terifiante ale unor oameni sau animale strivite de autoturismul său, precum și de gânduri intruzive de tipul: „Ce ar fi dacă aș călca pe cineva cu mașina?" Întrebat de terapeut ce s-ar întâmpla dacă nu ar realiza verificările respective, pacientul a afirmat că nu și-ar putea scoate din minte gândurile și imaginile chinuitoare.

Putem afirma, în urma analizei modelului de mai sus, că supozițiile referitoare la fuziunea dintre gând și acțiune, precum și convingerile pozitive și negative cu privire la ruminațiile obsesive și strategiile de neutralizare reprezintă elementele esențiale în explicarea mecanismelor tulburării obsesiv-compulsive.

O dată ce un gând obsesiv a fost evaluat ca fiind periculos, pacientul va elabora o strategie proprie pentru depășirea pericolului. În unele cazuri subiectul va continua să se gândească la nesfârșit la ideea sa obsesivă în speranța de a-i verifica validitatea. Această strategie nu va face decât să exagereze ruminațiile anxiogene și va conduce, în cele din urmă, la teama de tip II sau la îngrijorarea în raport cu procesul de îngrijorare.

O altă posibilitate o reprezintă angajarea subiectului în comportamente de neutralizare sau verificare care vor stopa ciclul ruminațiilor interioare prin mecanismele distragerii atenției, convingerilor superstițioase cu privire la faptul că ritualurile îndepărtează răul sau prin testarea validității gândurilor intruzive.

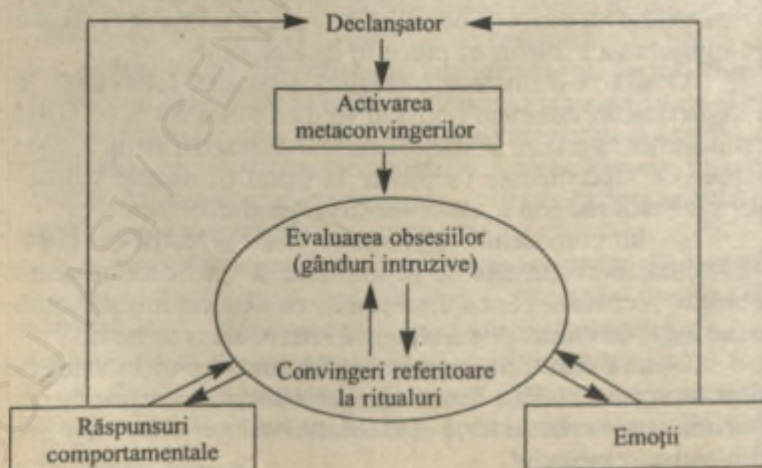
În cadrul modelului elaborat de Wells și Mathews (1994; 1997), comportamentele de neutralizare și verificare au drept obiectiv reducerea pericolului asociat cu obsesia inițială sau a celui legat de ruminațiile anxiogene referitoare la aceasta.

Neutralizările cu caracter deschis sunt considerate de autorii respectivi ca fiind forme comportamentale concrete de ruminații care, la rândul lor, pot fi obiectul unor evaluări negative din partea subiectului.

Se poate spune că în cazul acestui tip de tulburare acţionează mai multe cicluri bazate pe conexiuni inverse, al căror efect îl reprezintă escaladarea anxietăţii, iritării şi dispoziţiei depresive, sporirea timpului şi eforturilor acordate evaluărilor negative, precum şi răspunsurilor disfuncţionale faţă de acestea.

Aceiaşi autori (Wells şi Matthews, 1994; 1997) consideră că şi anumite strategii de tip atenţional menţin tulburarea. Astfel, pacienţii obsesivi îşi vor concentra atenţia mai ales asupra acelor gânduri sau imagini care nu fac decât să declanşeze derularea lanţului obsesional. De pildă, chiar dacă informaţiile senzoriale confirmă faptul că un anumit comportament de neutralizare sau verificare a fost executat, mulţi obsesivi continuă să se concentreze pe consecinţele negative, despre care ei cred că s-ar putea produce în cazul neexecutării acţiunii respective. Tendinţa de a se concentra asupra fanteziilor obsesive şi dubitaţiilor interioare contribuie la întărirea comportamentelor de verificare.

Prezentăm, în cele ce urmează, modelul cognitiv al tulburării obsesiv-compulsive (după Wells şi Matthews, 1994; 1997, citat de Wells, 1999)



În cadrul acestui model, factorul declanșator, care poate fi un gând intruziv, o îndoială, o stare afectivă intruzivă, activează convingeri legate de semnificația declanșatorului, care pot fi: credințe legate de semnificația pericolului referitor la fuziunea gând-acțiune și convingerile legate de consecințele stărilor afective negative. Aceste convingeri vor influența modul în care subiectul va evalua gândul intruziv. Evaluarea acestuia va depinde însă și de repertoriul de ritualuri de verificare și contracarare pe care le deține subiectul. Apar astfel două tipuri de convingeri: pozitive („Dacă nu îndeplinesc ritualul meu, aceste gânduri chinuitoare nu se vor mai sfârși niciodată") și negative („Ritualurile mele îmi scapă de sub control"; „Ritualurile mă vor face să-mi pierd mințile").

Convingerile referitoare la avantajele și dezavantajele comportamentelor ritualizate vor influența selecția strategiilor comportamentale de verificare-contracarare, precum și intensitatea reacțiilor emoționale.

Reacțiile emoționale ale pacientului pot acționa, la rândul lor, în calitate de declanșatori, astfel încât unii subiecți vor fi convinși de faptul că vor fi copleșiți de stări afective negative și că acestea nu vor dispărea până când nu vor fi declanșate ritualurile de contracarare.

Reacțiile comportamentale ale pacienților obsesivi mențin problema-simptom prin intermediul unor conexiuni inverse. Astfel, ritualurile împiedică infirmarea convingerilor negative referitoare la evaluările negative ale gândurilor obsesive. Faptul că acțiunile catastrofale puse pe seama gândurilor obsesive (intruzive) nu se produc este considerat de subiect ca fiind rezultatul ritualurilor declanșate și nu al faptului că temerile sale nu au nici un temei real.

Analizarea conexiunilor inverse evidențiază modul în care ritualurile nu fac decât să exacerbeze apariția gândurilor obsesive. Astfel, în primul rând, încercările de a reprima gândurile nedorite nu fac decât să le exacerbeze. În al doilea rând, tendințele de a realiza ruminații interioare referitoare la obsesii sau tendințele de

a le neutraliza prin intermediul unor practici mentale menţin preocupările referitoare la aceste gânduri cu caracter intruziv. În al treilea rând, ritualurile cu caracter repetitiv contribuie la stabilirea unor asociaţii între obsesiile respective şi o categorie de stimuli care reprezintă elemente ale comportamentelor cu caracter ritualizat, cum ar fi verificările, repetările, ordonările, spălatul, ruminaţiile interioare, număratul, controlatul, comportamentele de distragere a atenţiei sau alte ritualuri diverse.

Înainte de a aplica acest model teoretic la un caz particular, terapeutul va trebui să obţină informaţii referitoare la natura simptomelor obsesive şi compulsive, la factorii declanşatori, precum şi la evaluările şi semnificaţia pe care le prezintă acestea pentru pacient.

Simptomele tulburării obsesiv-compulsive pot fi evaluate sub aspectul duratei, frecvenţei, conţinutului, precum şi gradului de disconfort pe care îl produc subiectului. Aceste date se obţin prin intermediul interviului clinic, al scalelor de autoevaluare, precum şi al jurnalelor zilnice completate de pacienţi şi servesc identificării pattern-ului (structurii) de simptome, respectiv relaţiilor dintre stările afective, experienţele interzise şi factorii situaţionali.

Terapeutul va trebui să discute împreună cu pacientul ultimul episod obsesiv-compulsiv şi să încerce să condiţioneze factorii declanşatori pentru comportamentele deschise şi mascate de neutralizare sau verificare. La începutul terapiei se va insista asupra conştientizării de către pacient a conţinutului metacogniţiilor, astfel încât acesta să fie capabil să identifice gândurile obsesive şi dubitaţiile sau stările afective care premerg punerea în acţiune a ritualurilor obsesive.

Pentru surprinderea evaluărilor referitoare la obsesii (la gândurile cu caracter intruziv), terapeutul va adresa întrebări de tipul următor: „Atunci când îţi vine în minte un gând care te obsedează, ce simţi: teamă, vinovăţie, tristeţe, frică?"; „Atunci când te simţi speriat, ce fel de gânduri îţi trec prin minte?"; „Nutreşti vreun gând negativ referitor la obsesia ta?"; „Ce îţi

spui în gând în legătură cu obsesiile și acțiunile pe care le întreprinzi?"; „Ți se poate întâmpla ceva rău datorită faptului că ești obsedat de un gând sau de o imagine?"; „Ce anume crezi că s-ar putea întâmpla?" „Ce anume s-ar întâmpla dacă nu ai face eforturi să scapi de obsesiile tale?" „Consideri că este normal să te obsedeze astfel de gânduri?" etc.

Evaluarea reacțiilor comportamentale

Așa cum am mai subliniat, unii pacienți obsesivi nu renunță la ritualurile lor obsesive de teama că li s-ar putea întâmpla ceva rău, aceștia nutrind convingeri pozitive cu privire la necesitatea punerii în aplicare a ritualurilor. În alte cazuri, pacientul prezintă convingeri negative considerând că ritualurile i-ar putea face rău.

Există și situații în care ritualurile obsesive apar fără ca subiectul să conștientizeze apariția unei obsesii inițiale, aceasta din urmă putând avea un caracter foarte discret. În aceste cazuri, declanșarea ritualului se referă mai mult la teama legată de consecințele emoționale ale neefectuării ritualului și într-o mai mică măsură la obsesia inițială.

O pacientă (Anca, în vârstă de 22 de ani, studentă la drept) utiliza în mod compulsiv ritualul de a scutura praful de pe cărțile și caietele pe care le utiliza la facultate, ritual declanșat de o stare de disconfort difuz pe care o percepea aceasta. Tânăra a relatat faptul că dacă nu va duce la îndeplinire acel ritual, stările ei emoționale negative vor deveni atât de puternice încât ea nu le va putea suporta și, mai mult, acestea chiar se vor permanentiza. În același timp, Anca evalua în mod negativ declanșarea ritualurilor respective, afirmând că acestea reprezintă un semn al pierderii autocontrolului. Aceste evaluări negative contribuiau la starea ei afectivă negativă, aceasta, la rândul ei, contribuind la tendința compulsivă de a pune în acțiune ritualul.

În felul acesta, pacienta era prinsă într-un cerc vicios, ea simţindu-se silită să declanşeze un ritual absurd pentru a-şi ameliora dispoziţia; în acelaşi timp, modul în care ea aprecia ritualul nu făcea decât să-i accentueze proasta dispoziţie.

Utilizarea ritualurilor pentru a reduce pericolul generat de trăirea unor emoţii negative prea puternice îl împiedică pe pacient să se expună la experienţe care ar putea infirma gândurile şi convingerile legate de caracterul periculos al obsesiilor.

Pentru a evidenţia modul în care pacientul evaluează ritualurile obsesive, terapeutul va adresa întrebări de tipul următor:

„Întreprinzi ceva pentru a preveni nenorocirea pe care ar putea să ţi-o aducă apariţia gândului sau imaginilor obsesive?"

„Ce s-ar putea întâmpla dacă nu ai pune în aplicare ritualurile tale?; Care ar fi lucrul cel mai rău care s-ar putea întâmpla?"

„S-ar putea întâmpla ceva rău dacă vei continua să pui în acţiune ritualurile tale?"

„Te deranjează faptul că verifici, numeri sau macini într-una tot felul de gânduri? Dacă aşa stau lucrurile, de ce nu te opreşti?"

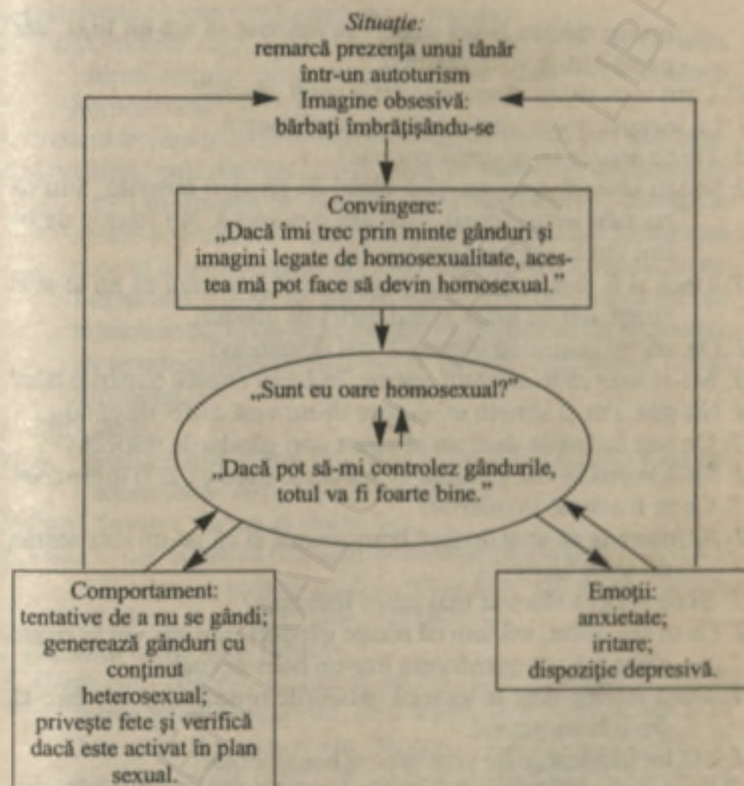
„Cât de mult îţi pot controla tendinţa de a pune în acţiune comportamente cu caracter repetitiv (numărat, neutralizări, ruminaţii interioare etc.)?"

„În ce fel te ajută ritualurile tale?"

„Ce s-ar întâmpla cu stările tale emoţionale sau cu gândurile care te obsedează dacă ai fi împidicat să le neutralizezi?" etc.

Prezentăm schema unui caz concret de tulburare obsesiv-compulsivă realizată după un model propus de Wells, 1999.

Pacientul se numeşte Ionuţ, are 20 de ani şi este student în anul I la Facultatea de Arhitectură. Acesta a fost adus la cabinetul de psihoterapie de mama sa, disperată de faptul că tânărul era obsedat de gânduri şi imagini legate de homosexualitate, el neştiind dacă este sau nu homosexual, deoarece nu avusese până atunci nici o experienţă sexuală.



Imaginile care îl obsedau erau mai ales acelea ale unor bărbați care se îmbrățișau și ori de câte ori vedea un bărbat tânăr îi apăreau întrebări obsedante: „Oare îmi place acel bărbat?"; „Oare sunt și eu homosexual?" etc.

Dialogul purtat de către terapeut cu Ionuț este următorul:

I: Nu pot scăpa de aceste gânduri chinuitoare. Mă obsedează în fiecare zi.

T: Când ai fost ultima oară torturat de aceste gânduri?

I: Dimineața aceasta mi-a venit imaginea a doi bărbați care se îmbrățișau. M-am oprit la un stop și am zărit un tânăr care

oprise maşina lângă mine. Nu am vrut să mă uit la el, dar gândul mi-a venit din nou.

T: Cum te-ai simţit atunci când ţi-a venit gândul?

I: La început m-am simţit enervat, apoi speriat.

T: De ce anume te-ai simţit enervat?

I: M-am săturat să-mi tot vină astfel de gânduri absurde. Ştiu că nu sunt homosexual, doar am o prietenă. Nu înţeleg de ce îmi vin asemenea gânduri.

T: Dacă ai fi fost cu adevărat homosexual, probabil că nu te-ai fi simţit atât de prost având astfel de gânduri.

I: Da, nu-mi doresc să nutresc astfel de gânduri.

T: Mi-ai spus că te-ai simţit speriat. În ce au constat temerile tale?

I: Nu ştiu. Pur şi simplu nu doresc să-mi vină astfel de gânduri.

T: Ce s-ar întâmpla dacă nu ai putea opri gândurile respective?

I: Mi-e teamă să mă gândesc la aşa ceva. Cred că ar fi îngrozitor.

T: Ce ar fi atât de îngrozitor?

I: Ar însemna că sunt de fapt homosexual şi că nu-mi dau seama de acest lucru.

T: Şi ce altceva rău s-ar mai putea întâmpla?

I: Ca să fiu sincer, mă tem că aceste gânduri care îmi vin în minte chiar mă pot transforma într-un homosexual.

T: Dacă înţeleg bine te temi că gândurile obsesive te vor face să devii homosexual.

I: Mă tot gândesc, oare sunt sau nu homosexual?

T: Atunci când îţi trec astfel de gânduri prin minte întreprinzi ceva pentru a verifica dacă ele sunt adevărate sau pentru a preveni ca ceva rău să se întâmple?

I: Nu înţeleg ce vreţi să spuneţi.

T: Îţi iei vreo măsură pentru a nu deveni homosexual?

I: Încerc să nu mă gândesc. Îmi spun în gând că este o prostie să gândesc aşa ceva sau mă gândesc la prietena mea.

T: Mai faci şi altceva?

I: Mă uit la fete pe stradă pentru a vedea dacă mă atrag. Verific dacă sunt atras de prietena mea, dar tot nu este suficient.

T: Cum adică nu îţi este suficient?

I: Gândurile obsesive mă asaltează şi mai tare.

T: Dacă încerci să-ți controlezi gândurile şi să te concentrezi asupra sexului opus, acest lucru te poate opri să devii homosexual?

I: În cazul în care reuşesc să-mi controlez gândurile este mai bine.

T: Rezumând cele discutate până acum, se pare că în momentul în care eşti obsedat de gânduri de tip homosexual, acestea te sperie şi te tulbură pentru că tu crezi că ele chiar te-ar putea face să devii homosexual. Deoarece nu doreşti acest lucru, întreprinzi o serie de acțiuni pentru a te asigura că nu eşti homosexual, precum şi pentru a opri gândurile respective să te transforme în ceea ce nu doreşti. Am înțeles corect problema ta?

I: Cred că da.

T: Se pare că multe dintre lucrurile pe care le întreprinzi nu fac altceva decât să-ți mențină problema.

I: Este adevărat, dar ce aş putea face?

T: Dacă ai considera că este normal să nutreşti gânduri nedorite şi ai fi sigur că acestea nu ți-ar putea face nici un rău, probabil că ele nu te-ar deranja atât de mult.

I: Da, cred că nu m-ar deranja.

T: După cum observi, problema nu este doar aceea că îți vin în minte gânduri nedorite, ci şi faptul că te temi de ele şi îți faci griji din cauza lor. Nutreşti convingeri negative în legătură cu ele (crezi că ele ți-ar putea face rău) şi pui în acțiune tot felul de strategii care nu fac decât să le întărească şi în acelaşi timp te împiedică să depăşeşti temerile legate de ele. Notează pe o scală de la 0 la 100 cât de mult crezi că gândurile legate de homosexualitate te vor face să devii cu adevărat homosexual.

I: Cam în proporție de 80%.

T: Ceea ce ar trebui să facen împreună ar fi să modificăm atitudinea ta față de aceste gânduri şi să verificăm în ce măsură ele reflectă adevărul.

Terapeutul va explica în continuare pacientului că aceste convingeri negative legate de obsesii, îngrijorările şi temerile faţă de ele, precum şi răspunsurile comportamentale reprezintă o problemă mult mai importantă decât însăşi declanşarea gândurilor şi imaginilor obsesive. Obiectivul general al psihoterapiei cognitive îl reprezintă modificarea evaluărilor şi convingerilor negative referitoare la gândurile cu caracter intruziv.

Deşi noţiunea de asumare a responsabilităţii joacă un rol important în cadrul acestor evaluări, o atenţie sporită trebuie acordată convingerilor referitoare la caracterul periculos al obsesiilor, la opiniile subiectului cu privire la fuziunea dintre gând şi acţiune, precum şi la cele legate de ritualurile cu caracter compulsiv.

Una dintre strategiile utilizate în fazele incipiente ale terapiei constă în dirijarea pacientului spre stoparea ruminaţiilor cu conţinut anxiogen. De asemenea, experimentele realizate în plan comportamental vor fi astfel conduse pentru a verifica veridicitatea evaluărilor negative ale gândurilor obsesive, precum şi ale convingerilor referitoare la consecinţele negative care se vor produce dacă subiectul nu va pune în acţiune ritualurile sale cu caracter compulsiv. În cele din urmă, pacientul va trebui să accepte cu detaşare gândurile sale obsesive, considerându-le irelevante.

Tehnicile verbale de modificare a convingerilor disfuncţionale

În cadrul modelului cognitiv al tulburării obsesiv-compulsive o atenţie deosebită este acordată evaluărilor obsesiilor şi comportamentelor compulsive ritualizate care le menţin. Aceste evaluări se manifestă sub forma unor temeri şi îngrijorări faţă de obsesii, obiectul modificării convingerilor negative fiind într-o mai mare măsură aceste îngrijorări referitoare la obsesii şi mai puţin obsesiile ca atare. O tehnică de a controla aceste temeri şi îngrijorări referitoare la apariţia obsesiilor constă în amânarea lor. Astfel, Wells şi Mathews (1994, 1997) solicită pacienţilor obsesivi să utilizeze metoda „detaşării mentale", în cadrul căreia aceştia nu vor mai rumina mental gânduri referitoare la obsesii şi nu vor mai pune în acţiune strategii de neutralizare, ci pur şi simplu vor lăsa

obsesiile să-și urmeze cursul fără a interveni în nici un fel. Reducerea anxietății care rezultă în urma aplicării acestei tehnici va fi utilizată de către terapeut pentru a demonstra că reacțiile la obsesii reprezintă o problemă mai importantă decât obsesiile.

Mulți pacienți prezintă rezistență în a se detașa mental sau comportamental de obsesiile lor, aceștia nutrind convingeri referitoare la consecințele negative care s-ar produce dacă nu ar acționa în direcția contracarării obsesiilor. Astfel de convingeri trebuie explorate în detaliu și modificate prin intermediul unor tehnici de reatribuire în plan verbal, fapt ce va spori și complianța pacienților la realizarea unor experimente în plan comportamental (astfel, pacienții se vor convinge că nu se întâmplă nimic dacă nu dau curs ritualurilor compulsive).

O dată stabilit rolul negativ al temerilor și îngrijorărilor legate de obsesii, terapeutul va acționa și asupra obsesiilor ca atare. Astfel, pacienții suferind de tulburare obsesiv-compulsivă vor fi informați că obsesiile reprezintă un fenomen care se înscrie în limitele normalului și care apare la aproximativ 90% din populație, în anumite condiții. Pentru a se convinge de acest lucru, pacienții vor fi instruiți să realizeze mici interviuri asupra unor prieteni sau cunoscuți, interogându-i pe aceștia dacă au trăit vreodatăă gânduri obsesive sau au fost stăpâniți de diverse tipuri de îngrijorări. Aceste strategii sunt urmate de notarea conținutului gândurilor legate de îngrijorările referitoare la prezența obsesiilor și de utilizarea unor tehnici de verificare a veridicității acestora, în vederea înlocuirii cu gânduri alternative mai raționale.

Prezentăm mai jos un model de fișă de notare a gândurilor disfuncționale specifice tulburării obsesiv-comportamentale (după Wells, 1999).

Data	Situația	Declanșatorul	Obsesii: gânduri; dubitații; imagini; comportamente. Specificați conținutul	Stări afective Notați intensitatea emoțiilor pe o scală de la 0 la 100	Temeri legate de obsesii	Răspunsuri raționale la temerile respective	Intensitatea stărilor afective

Conştientizarea diferenţei dintre obsesii şi îngrijorările (temerile) faţă de obsesii îl ajută pe pacient să sesizeze mai bine specificul diferitelor tipuri de gânduri şi permite terapeutului să-şi focalizeze demersul mai mult asupra temerilor legate de obsesii. Pentru modificarea conţinutului acestora se vor utiliza tehnicile cunoscute de reatribuire în plan verbal, cum ar fi identificarea distorsionărilor cognitive, adresarea de întrebări pentru a testa veridicitatea lor, tehnici urmate de generarea unor răspunsuri raţionale alternative.

Metodele verbale de reatribuire nu trebuie să se transforme în activităţi repetitive de tip ruminativ (prin care subiectul macină în minte gânduri neproductive legate de obsesiile sale). În cazul în care apare o astfel de tendinţă, terapeutul va reorienta pacientul către strategiile de abandonare a îngrijorărilor şi va supune verificărilor convingerile şi supoziţiile disfuncţionale mai ales prin intermediul experimentelor realizate în plan comportamental.

Utilizarea sistematică a fişelor de notare a gândurilor disfuncţionale se va utiliza mai ales pentru a spori gradul de conştientizare al pacientului faţă de propriile sale gânduri, precum şi pentru a evidenţia modul în care acestea menţin problema-simptom.

Modificarea convingerilor referitoare la fuziunea „gând-acţiune" şi „gând-eveniment"

Modificarea acestor convingeri se realizează în primul rând prin intermediul experimentelor în plan comportamental, care îl ajută pe pacient să se convingă de faptul că dacă nu dă curs ritualurilor de contracare a gândurilor obsesive, evenimentele de care se teme nu se produc. Convingerile referitoare la fuziunea „gând – acţiune" sau „gând – eveniment" pot fi abordate şi prin intermediul unor tehnici verbale. Terapeutul va explica pacientului acest mecanism de tip gândire superstiţioasă şi apoi îi adresează întrebări de tipul următor: „Cum îţi imaginezi că gândurile cuiva pot determina producerea unei acţiuni?" sau „Ce fel de per-

soană este cea care poate crede că propriile sale gânduri pot lovi pe cineva?"; „Faci parte din acea categorie de indivizi care pot să-şi influenţeze propriile gânduri?" În continuare, terapeutul va discuta cu pacientul despre acele situaţii în care acesta nu a fost capabil să neutralizeze gândurile sale obsesive, exemplele fiind utilizate drept dovezi ale faptului că gândurile nu pot determina acţiunile. De asemenea, terapeutul îi va solicita pacientului să noteze în fişele de evaluare situaţiile în care se înregistrează confuzii între gând şi acţiune, cele două fiind identificate una cu cealaltă.

Un fenomen asemănător, specific pacienţilor care suferă de tulburare obsesiv-compulsivă, îl reprezintă fuziunea dintre gând şi eveniment sau convingerea că obsesia este adevărată. Pacienţii care nutresc asemenea convingeri, de regulă tacite, cred că gândul lor obsesiv a produs chiar un eveniment actual şi el declanşează comportamente de verificare pentru a se convinge că acel eveniment negativ nu s-a produs, comportamente (ritualuri) menite să-l elibereze de anxietate. Astfel, de pildă, Wells (1999) prezintă cazul unei paciente însărcinate care nutrea convingerea obsesivă că sarcina nu era rezultatul relaţiei cu soţul ei, deşi ea nu mai avusese relaţii sexuale cu nici un alt bărbat. Această convingere tacită a fost evidenţiată în urma analizării ritualului ei obsesiv de a-şi trece în revistă amintirile pentru a verifica dacă nu cumva a avut vreo relaţie extraconjugală. Absenţa unor astfel de amintiri era interpretată de ea ca o dovadă a faptului că trebuie să fi avut relaţii cu vreun bărbat. Negăsind nici o amintire concretă, pacienta căuta să-şi imagineze tot felul de relaţii cu alţi bărbaţi pentru a verifica dacă este adevărat. Mai mult, ea căuta să-şi imagineze detalii legate de lenjeria intimă purtată de respectivul partener.

În cazul în care nu-şi amintea nimic, acest lucru reprezenta dovada că nu s-a întâmplat nimic. În acelaşi timp, faptul că ea putea să-şi imagineze că a avut relaţii sexuale cu alţi bărbaţi reprezenta pentru ea o dovadă că totuşi s-a întâmplat ceva. Se constată faptul că supoziţiile cu privire la adevărul gândurilor obsesive conduc la practicarea unor ritualuri compulsive patologice de verificare în plan mental.

Tehnica terapeutică de infirmare a convingerilor presupune infirmarea prin diverse metode a adevărului acestora și instruirea pacienților să utilizeze strategii alternative ca reacție de răspuns la gândurile obsesive. Pacientului i se explică existența și rolul acestor convingeri disfuncționale cu caracter tacit.

Majoritatea pacienților se gândesc la dezastre care se vor petrece sau la cât de vinovați se vor simți dacă gândurile lor obsesive ar fi adevărate, aceștia operând la nivelul evaluărilor de tip I.

Wells (1995) consideră că terapeutul trebuie să-l ghideze pe pacient să opereze la nivel metacognitiv, respectiv la nivelul evaluărilor ce vizează prezența obsesiilor. Focalizarea terapiei trebuie centrată pe aprecierea validității evaluărilor față de obsesii, în același timp cu abandonarea strategiilor contraproductive de invalidare a acestora.

Prezentăm mai jos o serie de întrebări pentru abordarea acestei probleme:

„Ce anume te determină să practici comportamentele tale concrete sau mentale de verificare?"

„În cazul în care nu ai crede că gândurile tale sunt reale, ai avea nevoie de atâtea verificări?"

„Te-ai simți tot atât de responsabil dacă gândurile tale nu ar fi adevărate?"

„În ce măsură verificările pe care le faci permanent te împiedică să realizezi discriminarea între evenimentele reale și cele imaginare?" etc.

Terapeutul va trebui să insiste asupra rolului negativ al ritualurilor de verificare pentru rezolvarea problemei pe termen lung. Acest obiectiv va putea fi atins interogând pacientul de ce continuă să practice ritualurile de verificare când experiențele anterioare i-au demonstrat deja faptul că gândurile de care se teme nu sunt adevărate.

Terapeutul îl va ghida pe pacient să verifice prin intermediul metodelor verbale veridiciatatea convingerilor legate de fuziunea (identitatea) gând-eveniment. Vor fi elaborate în continuare răspunsuri alternative, raționale, care vor substitui gândurile și convingerile negative:

„Este vorba doar de un gând, nu de un fenomen real"; „Nu este nevoie să intri în dialog cu produsele imaginației tale; lasă-le să treacă de la sine".

Terapeutul va recomanda apoi pacientului să practice tehnica expunerii, în cadrul căreia acesta își va declanșa în mod deliberat obsesiile, fără a se angaja în ritualuri de contracarare.

Comportamentul de verificare este frecvent declanșat și susținut de prezența unor imagini cu conținut obsesiv („am lăsat fierul de călcat în priză"). În astfel de cazuri, terapeutul va conduce astfel dialogul pentru a verifica validitatea imaginilor. Dacă stările afective sunt aduse de subiect ca argumente în sprijinul faptului că imaginile sunt adevărate, terapeutul va trebui să poarte cu acesta un dialog pe tema „logicii afective" și să-l învețe să utilizeze stările emoționale care apar tocmai în calitate de contraargumente care să invalideze imaginile obsesive.

Se poate utiliza și tehnica antrenamentului mental în stare de relaxare, în cadrul căreia subiectul să-și imagineze că a îndeplinit corect acțiunea care îl obsedează (despre care crede că nu a realizat-o). Terapeuții de orientare cognitivistă consideră că aceasta din urmă reprezintă doar o strategie provizorie menită să reducă încărcătura emoțională a imaginilor obsesive și este utilă doar în cazul în care nu se transformă, la rândul său, într-un fel de ritual mental mascat.

Tehnicile de reatribuire în plan comportamental

Principiile pe care se bazează aceste tehnici sunt expunerea și blocarea reacțiilor de prevenire în vederea infirmării convingerilor disfuncționale referitoare la gândurile obsesive și la ritualurile cu caracter compulsiv. De asemenea, expunerea urmată de blocarea reacției de prevenire îl va ajuta pe pacient să exerseze metoda detașării de obsesiile sale și să accepte disconfortul produs de acestea.

Abordările comportamentale au subliniat rolul ritualurilor și reacțiilor de neutralizare în menținerea tulburării obsesiv-compulsive. Perspectiva comportamentalistă se bazează pe ideea că

acele acțiuni care îl eliberează pe subiect de temerile obsesive și de disconfortul psihic în general reprezintă întăriri care nu fac decât să mențină simptomele inițiale. Deoarece ele reduc stările afective negative, ele împiedică expunerea și obișnuirea cu stimulii anxiogeni (Dollard și Miller, 1950; Mowrer, 1960). Pentru a depăși anxietatea generată de ideile obsesive se recomandă expunerea subiecților la stimuli anxiogeni în absența ritualurilor de contracarare a anxietății. În aceasta constă de fapt tehnica expunerii și blocării reacției comportamentale de tip compulsiv. Astfel, de pildă, unui subiect care nutrește obsesia contaminării i se va cere să atingă obiectele pe care le consideră murdare (contaminate), acesta fiind oprit să se spele pe mâini până când se va obișnui cu trăirea anxietății.

Terapia comportamentală simplă dă rezultate mai slabe în cazul obsesiilor simple, fără ritualuri, iar subiecții cu tulburare obsesiv-compulsivă care nu obțin rezultatele scontate au un nivel mai ridicat al depresiei (Foa, 1979) și au convingeri mai profunde în ceea ce privește caracterul real al ideilor lor.

Obervația că obsesiile pure, fără comportamente compulsive, răspund mai slab la terapia comportamentală ar putea fi explicată prin aceea că în cazul acestor obsesii anxietatea ar putea fi menținută prin intermediul unor ritualuri mascate care se desfășoară în plan mental. Din perspectiva cognitivistă atât ritualurile manifeste, cât și cele desfășurate în plan mental împiedică expunerea subiectului la informații care pot modifica supozițiile disfuncționale. Ritualurile desfășurate în plan mental prelungesc durata ruminațiilor cu conținut anxiogen, menținând preocuparea pentru gândurile obsesive cu caracter intruziv. Mai mult, unele ritualuri mentale, precum și unele strategii mentale de control și verificare contribuie la accentuarea obsesiilor prin intermediul efectului paradoxal: încercările de a reprima gândurile nu fac decât să le exacerbeze.

Ritualurile deschise, realizate în plan comportamental sunt și mai ușor de identificat și de manipulat de către terapeut, blocarea lor fiind mult mai simplu de realizat.

Abordarea cognitivistă presupune expunerea pacientului chiar la gândurile negative în vederea infirmării convingerilor negative referitoare la natura catastrofală a contactului cu acestea. Blocarea răspunsului reprezintă eliminarea comportamentelor de asigurare, fapt ce contribuie la modificarea convingerii eronate a subiectului cu privire la catastrofa care s-ar putea produce.

Instructajul administrat subiectului poate îmbrăca următoarea formă: „Problema ta constă în aceea că tu nutrești convingerea că dacă ai gânduri rele, acestea vor face să se petreacă lucruri rele. Este de înțeles că dorești să preîntâmpini producerea acestor evenimente negative și din acest motiv ți-ai elaborat tot felul de strategii pe care le pui în aplicare pentru a ține situația sub control. Este important pentru tine să înțelegi că majoritatea oamenilor care se consideră normali nutresc astfel de gânduri. Cu toate acestea, îți este imposibil să te convingi de faptul că gândurile tale sunt total lipsite de pericol, nu au nici o semnificație în plan real și nu izbutești să te convingi de acest lucru pentru că întreprinzi tot felul de lucruri pentru a preveni răul să se producă. Atâta timp cât vei acționa astfel, teama ta se va menține. Din acest motiv este foarte important pentru tine să descoperi că gândurile tale nu sunt periculoase și, pentru a te convinge, nu trebuie să-ți mai iei măsurile de precauție. Permițându-ți să nutrești gândurile respective fără a lua nici un fel de măsură de precauție, vei constata faptul că gândurile tale nu sunt periculoase și nu înseamnă de fapt nimic" (adaptat după Wells, 1999).

Experimente în plan comportamental

Experimentele pentru infirmarea convingerilor disfuncționale referitoare la evaluările negative și la previziunile care derivă în urma acestor convingeri includ fie prelungirea frecvenței și duratei expunerii la gândurile obsesive pentru a convinge pacientul de faptul că nu se va produce nici o catastrofă, fie prescrierea unor acțiuni comportamentale considerate de pacient ca fiind periculoase, dar care, de fapt, au un caracter inofensiv. Astfel, un pacient avea

obsesia că va ataca orice vizitator cu un cuţit în momentul în care acesta va suna la uşă. Din acest motiv el ascundea cuţitele şi dacă suna vreo persoană verifica de mai multe ori dacă acestea sunt bine ascunse şi abia apoi deschidea uşa.

Terapeutul a utilizat tehnica desensibilizării progresive, astfel încât pacientul a putut lăsa la început cuţitele pe masa din bucătărie, apoi le-a luat în camera sa (închise într-o cutie) şi în cele din urmă le-a aşezat chiar pe noptieră.

Pentru a demonstra faptul că gândurile negative nu conduc la acţiuni sau la producerea unor evenimente catastrofale, terapeutul va solicita pacientului să crească frecvenţa şi intensitatea gândurilor obsesive. De pildă, o pacientă era obsedată de ideea că gândurile ei referitoare la faptul că fiul său ar putea suferi un accident de circulaţie chiar ar putea determina accidentul. Într-o primă etapă terapeutul a solicitat-o să se gândească la faptul că el (terapeutul) ar putea avea un accident de circulaţie şi să constate ce se întâmplă. După o săptămână i s-a cerut să repete acelaşi experiment în care subiectul era soţul şi în cele din urmă fiul ei.

Terapeutul trebuie să contracareze însă acele convingeri pe care le nutresc unii pacienţi legate de faptul că gândurile negative ar putea avea consecinţe pe termen lung. De asemenea, pentru a avea succes, aceste experimente trebuie astfel conduse încât subiectul să nu se angajeze în ritualuri mentale mascate pentru a preîntâmpina răul să se producă.

O atenţie desosebită trebuie acordată acelor pacienţi cu tulburare obsesiv-compulsivă care pun în acţiune ritualuri repetitive care le consumă foarte mult timp, structurându-şi întreaga existenţă în jurul ritualurilor respective.

Dacă terapeutul le cere să le elimine sau măcar să le reducă, aceşti subiecţi devin plictisiţi şi parcă îşi pierd sensul existenţei cotidiene. În astfel de cazuri, terapeutul va trebui să elaboreze împreună cu pacientul un nou program zilnic, acesta fiind încurajat să-şi planifice activităţile şi să se angajeze în noi activităţi cu caracter atractiv (cum ar fi, de pildă, hobby-urile).

Absența progresului între ședințele de psihoterapie și unele soluții sugerate (după Salkovskis și Kirk, 1989)

Motivul absenței progresului:	Soluția sugerată:
1. Noncomplianța la expunere	• Evaluați și discutați gândurile pe care le are pacientul în legătură cu expunerea la stimulii anxiogeni în timpul temelor pentru acasă.
2. Noncomplianța față de blocarea răspunsului	• Terapeutul trebuie să fie sigur că pacientul a înțeles rațiunea tratamentului. Terapeutul trebuie să conducă pacientul în așa fel încât să scoată la iveală dificultățile acestuia, dificultăți ce apar în timpul ședinței de psihoterapie.
3. Ședințele de expunere sunt prea scurte	• Se discută cu pacientul pentru a clarifica fricile acestuia în legătură cu eventuala prelungire a ședințelor de expunere. Se dau teme pentru acasă cu o durată precisă.
4. Neutralizarea mascată (în gând) înlocuiește ritualurile manifeste	• Se discută pericolul neutralizării mascate și se instituie un model deschis de prevenire a răspunsului.
5. Căutarea asigurărilor	• Se explică pacientului faptul că această goană după asigurări nu este altceva decât o formă de comportament compulsiv. Se implică și acele persoane de la care subiectul solicită asigurări.
6. Transferarea responsabilității	• Trebuie crescut nivelul responsabilității subiectului. Este bine să fie implicați și cei asupra cărora subiectul tinde să transfere responsabilitatea.
7. Expunerea și blocarea răspunderii sunt prea circumscrise.	• Trebuie realizate generalizări în timpul temelor pentru acasă, teme care trebuie să ocupe mai mult timp în cursul unei zile.
8. Evitarea situațiilor care declanșează gândurile obsesive	• Extinderea temelor pentru acasă pentru a include expunerea la situațiile anxiogene și în afara temelor pentru acasă. Se stabilesc obiective precise de expunere la situațiile anxiogene.
9. Motive neclarificate	• Se utilizează alte interviuri, se continuă expunerile și autoevaluările atât în timpul ședințelor, cât și acasă pentru a se obține noi informații.

Pentru pacienţii rezistenţi se mai indică şi repetarea în plan mental a situaţiei anxiogene şi apoi a strategiilor care pot fi utilizate pentru a-i face faţă (exemplu: subiectul îşi imaginează că se apropie de chiuvetă pentru a se spăla şi apoi se întoarce şi merge la plimbare). În timpul exerciţiului imaginativ subiectul trebuie să-şi reprezinte şi creşterea anxietăţii cu toate componentele sale fiziologice şi apoi descreşterea acesteia.

Pentru ca terapia să fie eficientă aceasta trebuie adoptată nevoilor şi particularităţilor pacientului. Terapeutul are nevoie de creativitate şi simţ al umorului, dar sub nici o formă el nu trebuie să râdă de pacient.

Program de terapie cognitiv-comportamentală pentru tulburările obsesiv-compulsive uşoare (după Fensterheim şi Jean Baer, 1977)

a) Blocarea reacţiei compulsive.

Subiectului i s-a format deprinderea de a avea anumite gânduri obsesive şi în acelaşi timp el devine anxios din cauza acestora. Ducerea la îndeplinire a ritualului îl eliberează de anxietate, ritualul acţionând ca un fel de „fugă" din situaţie. În acelaşi timp, ieşirea din situaţie prin intermediul ritualului nu face decât să întărească reacţia anxioasă pentru că nu îi permite subiectului să afle că lucrul de care el se teme cel mai mult nu se va petrece cu adevărat. Din acest motiv este indicat ca pacientul să nu mai evadeze din situaţie prin intermediul ritualului obsesiv. În cazul în care ducerea la îndeplinire a ritualului este blocată, subiectul învăţând să înfrunte gândurile obsesive cu calm, acestea se vor opri în cele din urmă.

Prezentare de caz

Amelia, casnică, de 35 de ani, îşi scotea soţul din minţi făcând permanent curăţenie în mod compulsiv. Imediat ce acesta intra în casă, Amelia lua o cârpă şi ştergea gresia din hol în urma paşilor soţului. În timp ce soţii stăteau la masă, ea se ridica de mai multe ori să clătească farfuriile, să golească scrumiera sau să

îndrepte ciucurii de la covor. Fiind preocupată de amănunte neesențiale, Ameliei i se întâmpla de multe ori să i se ardă mâncarea.

De asemenea, ea refuza să iasă la plimbare duminica pentru că avea atât de multă „treabă în casă" încât nu-și putea permite nici un moment de relaxare. Soții au încetat să mai primească musafiri, pentru că înainte cu o săptămână de petrecerea planificată și o săptămână după aceea Amelia curăța fiecare colțișor al locuinței.

Terapeutul i-a cerut pacientei să realizeze o listă care să cuprindă 20 de sarcini cotidiene pe care să le evalueze pe o scală de la 1 la 3, 1 reprezentând sarcinile cele mai importante (spălatul vaselor, făcutul paturilor etc.), 2 – sarcini de importanță moderată, care ar fi fost bine să fie realizate, și 3 – sarcini minore (curățatul argintăriei, aranjatul dulapurilor, spălatul podelelor după fiecare persoană care intră în cameră sau curățatul oglinzilor.)

În prima etapă pacienta a primit ca sarcină terapeutică să nu îndeplinească sarcinile minore. Acest lucru i s-a părut foarte dificil, ea a fost cuprinsă de o puternică anxietate și a treia zi a realizat activitățile care i-au fost interzise.

Terapeutul a decis să-i dea Ameliei o sarcină mai ușoară, și anume să nu curățe argintăria timp de o săptămână, ceea ce ea a izbutit să realizeze. Apoi i s-a cerut să nu execute activitatea respectivă timp de încă o săptămână, ceea ce i s-a părut și mai ușor.

La fiecare două săptămâni, terapeutul a procedat la eliminarea gradată a altei sarcini lipsite de importanță. După aproximativ trei luni de psihoterapie, atmosfera din familie s-a îmbunătățit simțitor.

b) Contractul de preîntâmpinare a comportamentului compulsiv.

Acest contract are drept scop la rândul său să ajute subiectul să blocheze reacțiile de tip compulsiv și implică următoarele etape:

– pacientul trebuie să-și precizeze clar ce tip de comportament dorește să blocheze (să verifice dacă ușile sunt încuiate, să se spele pe mâini de nenumărate ori etc.);

– să precizeze ce recompensă ar dori să obţină de la partenerul său pentru că nu mai duce la îndeplinire secvenţa patologică de comportament (să primească un cadou, să meargă la restaurant etc.);

– să specifice exact ce anume trebuie să facă pentru a primi recompensa (de pildă, să nu dea curs activităţii ritualiste timp de două zile).

După ce subiectul a reuşit să câştige premiul dorit se poate trece la creşterea treptată a intervalului când acesta nu va îndeplini ritualul obsesiv: două zile, o săptămână, o lună etc., mărindu-se eventual şi valoarea recompensei.

Prezentare de caz

Cornel, profesor de biologie, un individ sociabil şi amator de petreceri, era permanent dominat de gânduri obsesive legate de moarte („mama va face un atac de cord"; „dacă fiul meu pleacă în Germania, precis că avionul se va prăbuşi"; „soţia mea se va îmbolnăvi de cancer etc."). Pentru „a preveni" producerea nenorocirilor respective, Cornel şi-a pus la punct un ritual foarte complicat: obişnuia să se spele pe dinţi de patru ori pe zi, purtând pasta şi periuţa de dinţi în buzunar; să se spele în mod compulsiv pe mâini; să numere şi să reaşeze hainele pe umeraşe în dulap.

Contractul terapeutic utilizat în acest caz a fost următorul: Cornel trebuia să se abţină timp de o săptămână să verifice şi să reaşeze hainele în dulap. În cazul în care pacientul se ţinea de cuvânt, soţia trebuia să invite prieteni la masă; în caz contrar, soţia nu invita pe nimeni. Dacă soţul reuşea să se abţină de la ritual timp de trei săptămâni, cei doi urmau să ia masa în oraş cu prietenii.

Interesant este faptul că pe măsură ce Cornel a reuşit să-şi controleze gândurile obsesive şi comportamentele ritualiste, a ieşit la iveală faptul că pacientul nutrea sentimente de ostilitate faţă de soţia sa, sentimente pe care era incapabil să le exprime.

În această etapă a terapiei subiectul a fost învăţat să-şi exprime deschis sentimentele de nemulţumire şi ostilitate, ceea ce a contribuit în final la îmbunătăţirea relaţiei de cuplu.

Destructurarea modelului patologic al gândirii necontrolate

Un prim pas în realizarea acestui deziderat îl reprezintă achiziționarea deprinderilor de relaxare, deoarece cu cât subiectul este mai încordat, cu atât este mai stăpânit de gânduri producătoare de anxietate. De aceea, învățarea relaxării reprezintă o metodă indirectă de autocontrol al gândurilor negative. Din nefericire însă majoritatea pacienților obsesivi au dificultăți în însușirea relaxării pentru că sunt permanent bombardați de gândurile perturbatoare referitoare la tot felul de nenorociri posibile (acești pacienți afirmă adesea: „îmi simt corpul relaxat, dar gândurile nu-mi dau pace").

Fensterheim și Jean Baer (1977) propun pentru această categorie de subiecți următorul exercițiu menit să contribuie la obținerea unui mai bun autocontrol asupra gândurilor negative.

Pacientului i se cere să se așeze într-o poziție confortabilă pe un fotoliu sau întins pe o canapea, cu ochii închiși și să răspundă în limbaj interior la întrebările adresate de terapeut (se poate utiliza și o casetă). Răspunsul poate fi: da, nu, poate, uneori sau este posibil ca subiectul să nu dea nici un răspuns.

„Poți să faci în așa fel încât pleoapele tale să devină tot mai grele, din ce în ce mai grele?"

„Poți să faci ca brațul tău drept să devină mai relaxat decât brațul stâng?"

„Poți să-ți imaginezi că privești un obiect în depărtare?"

„Îți poți imagina că te afli pe malul unui lac și că admiri un apus de soare?"

„Îți poți imagina cum ar arăta tabloul care oglindește apusul soarelui, realizat de un pictor celebru?"

„Poți să-ți reprezinți mirosul de căpșuni proaspete?"

„Poți să-ți amintești ce gust avea înghețata atunci când erai copil?"

„Îți poți imagina cum arată un lac primăvara?"

„Ești capabil să numeri culorile curcubeului?"

„Poți să faci în așa fel încât picioarele tale să devină tot mai grele și mai relaxate?"

„Poţi să respiri calm şi liniştit aşa cum faci atunci când dormi?"

„Poţi să-ţi imaginezi o scenă plăcută şi să te gândeşti la cuvântul calm?"

„Poţi să faci în aşa fel încât întregul tău corp să se simtă calm şi relaxat?"

„Calm şi relaxat..."

„Calm şi relaxat..."

Se acordă o pauză de 10 secunde, după care subiectul poate deschide ochii, continuând să rămână relaxat. Întregul exerciţiu durează în jur de 5 minute şi trebuie practicat până când subiectul învaţă întrebările şi devine capabil să şi le adreseze singur în gând chiar în situaţii de viaţă în care se simte tensionat.

Tehnica opririi gândurilor

Pacientul este instruit ca imediat ce îi vine în minte un gând obsesiv de care doreşte să se debaraseze să-şi spună în limbaj interior „stop!" şi apoi „calm" şi să-şi relaxeze musculatura.

Nicolae, un contabil de 32 de ani, era convins că va muri de o boală gravă, de pneumonie, ulcer, cancer sau de un atac de cord. El purta în permanenţă un termometru în buzunar şi îşi măsura pulsul de câteva ori pe zi. De mai multe ori pe săptămână mergea la medicul de familie, precum şi la alţi specialişti (cardiolog, orelist etc.). Pacientul s-a prezentat la cabinetul de psihoterapie pentru că prietena lui era exasperată de faptul că se oprea pe stradă de mai multe ori şi îşi măsura pulsul.

După aproximativ două luni de relaxare, combinată cu tehnica opririi gândurilor, comportamentul subiectului s-a normalizat şi el a încetat să-şi mai controleze mereu starea de sănătate. Din păcate, psihoterapia a trebuit continuată, pentru că pacientului i-a apărut un alt gând obsesiv: „Dacă mă voi îmbolnăvi cu adevărat, oare nu voi neglija boala?".

Tehnica exagerării gândurilor obsesive
(Arnold Lazarus, 1976)

În cazul în care tehnica blocării nu dă rezultatele scontate, se poate aplica tehnica inversă: gândurile negative sunt hiperbolizate până la ridicol. Astfel, o secretară era obsedată de gândul că va fi concediată pentru că nu este suficient de conștiincioasă. Terapeutul i-a indicat să-și spună în gând un text de tipul următor:

„Voi face o greșeală mică și aceasta va duce la falimentul firmei. Voi fi dată afară și voi ajunge la închisoare. Când mă voi elibera nu mă va mai angaja nimeni și voi ajunge să cerșesc pe treptele bisericii etc.".

Combaterea „neajutorării dobândite"

Pacienții obsesivi suferă de o teamă care izvorăște din interiorul ființei lor, iar ritualurile obsesive produc doar o ușurare de moment. Orice eliberare de gânduri negative are un caracter accidental și nu este consecința autocontrolului exercitat de subiect asupra stărilor sale psihice. Această situație conduce la starea denumită „neajutorare dobândită" care, le rândul ei, induce depresia, care de cele mai multe ori evoluează în paralel cu gândurile și comportamentele obsesive.

Subiecții care suferă de obsesii sunt permanent preocupați să se elibereze de teamă și din acest motiv le rămân relativ puțin timp și energie pentru activități agreabile, fapt ce conduce la accentuarea depresiei.

Fensterheim și Jean Baer (1977) propun pentru această categorie de subiecți un exercițiu care să conducă la modificarea orientării pasive și la înlocuirea ei cu sentimentul competenței personale. Exercițiul are drept obiectiv combaterea sentimentului de neajutorare dobândită prin intermediul controlării unor întăriri pozitive. În prima săptămână pacientului i se cere ca în fiecare zi să realizeze o acțiune obișnuită care îi produce un sentiment de plăcere. În cazul în care a simțit satisfacție de pe urma acțiunii respective, el trebui să noteze acest lucru în jurnalul său personal. (Acțiunile respective pot fi extrem de simple: cumpărarea unui obiect pe care subiectul

şi-l doreşte, o plimbare în oraş, lectura unei cărţi bune sau ascultarea unei bucăţi muzicale favorite.) În următoarele trei săptămâni sarcina subiectului este să realizeze câte două acţiuni agreabile pe zi, condiţia fiind ca acestea să nu se repete.

O variantă a exerciţiului constă în a solicita subiectul să realizeze în prima săptămână câte o acţiune şi în următoarele trei săptămâni câte două acţiuni menite să contribuie la îmbunătăţirea imaginii de sine şi a autostimei.

Ştefan, un economist în vârstă de 40 de ani, s-a prezentat la psihoterapie pentru o depresie moderată şi idei obsesive legate de ineficienţa personală. Pacientul nu făcea altceva decât să-şi găsească permanent defecte şi neajunsuri. Se critica pentru modul în care lucra la firmă, pentru faptul că nu făcea suficient pentru gospodărie, pentru că nu se ocupa de copii, el considerând chiar că nu este suficient de bun pentru soţia sa. Datorită dispoziţiei depresive, nevoile şi performanţele sale sexuale s-au redus simţitor. Interesant este faptul că pacientul nu putea găsi nici un element pozitiv la propria persoană.

Terapeutul i-a explicat că dacă cineva i-ar spune de câte două sute de ori pe zi cât este de rău şi de ineficient, el (terapeutul) ar sfârşi în cele din urmă prin a-l crede; or, acest lucru îşi făcea subiectul lui însuşi.

În acest caz a fost utilizată tehnica relaxării, cu sugestii de întărirea eului, combinată cu tehnica opririi gândurilor negative şi cu cea a combaterii sentimentului de neajutorare dobândită. Ştefan a primit drept sarcină terapeutică să-şi facă mici plăceri.

Pentru creşterea autostimei i s-a recomandat să cumpere, din când în când, câte un mic dar soţiei, deoarece pacientul se considera incompetent în calitate de soţ. Pe măsură ce a izbutit să-şi controleze comportamentul prin care îşi oferea satisfacţii personale, el a început să-şi cristalizeze şi gândurile negative legate de propria persoană şi a devenit ceva mai asertiv şi mai puţin depresiv.

Dificultățile demersului terapeutic în tulburările obsesive (Salkovskis și Jean Kirk, 1989)

1) Pacientul poate avea probleme în imaginarea unor scene declanșatoare sau alternative. În astfel de cazuri este necesară o exersare preliminară a imaginației.

2) Pot apărea dificultăți în înlăturarea gândurilor obsesive; în acest caz, terapeutul trebuie să se întoarcă la gândurile obsesive mai puțin perturbatoare pentru subiect.

3) Pacientul poate opri efectuarea temelor pentru acasă. Acest lucru se întâmplă pentru că el a încercat în practică tehnica opririi gândurilor, dar n-a găsit-o eficientă. Când se întâmplă acest lucru înseamnă că pacientul nu a exersat destul. De asemenea, este posibil ca pacientul să fi considerat exercițiile de acasă prea stresante sau pentru că situația când a exersat a fost neadecvată (de pildă, a exersat dimineața, când dispoziția este mai proastă sau atunci când apar multe alte solicitări).

În cazul în care pacientul a exersat procedura în modul recomandat, dar rata disconfortului nu s-a redus, atunci probabil că este vorba de continuarea neutralizării mascate sau a căutării de asigurare. În acest caz, terapeutul trebuie să obțină cu ajutorul unor întrebări informații suplimentare prin intermediul cărora să identifice neutralizările mascate și să discute cu pacientul rolul lor în menținerea simptomelor.

CAPITOLUL 11

Psihoterapia anxietății legate de problemele sexuale

Inițial, s-a considerat că disfuncțiile sexuale au drept cauză experiențele timpurii din copilărie, experiențe legate mai ales de anormalitățile sexualității infantile, cât și de interrelațiile anormale dintre părinți și copil. Psihoterapia individuală de orientare analitică era considerată ca un tratament de elecție pentru aceste tulburări și avea ca obiectiv realizarea insight-ului cu privire la conflictele inconștiente legate de sexualitate.

Între anii 1950 și 1960 abordarea comportamentalistă, mai ales desensibilizarea sistematică, a început să fie utilizată cu succes în cazul disfuncțiilor sexuale. Acest demers terapeutic se baza pe supoziția conform căreia cele mai multe comportamente sexuale patologice sunt comportamente învățate, au la bază anxietatea și ele pot fi modificate utilizând principii derivate din teoriile învățării.

În 1970 a apărut celebra lucrare a lui Masters și Johnson „Human sexual inadequacy" („Inadecvările sexuale la om"), lucrare care stă la baza psihoterapiilor comportamentale moderne în probleme sexuale. În cadrul acestor terapii accentul cade pe dezvoltarea deprinderilor de comunicare, educație și implicarea ambilor parteneri în rezolvarea problemei. Terapia sexuală se utilizează în tratamentul cuplurilor cu probleme, pentru că este dificil de ajutat altfel un subiect cu probleme sexuale care nu are un partener care să-l sprijine. Ulterior, au fost realizate și tentative ale

terapiei sexuale menite să-i ajute și pe subiecții care nu au un partener.

Disfuncțiile sexuale au drept cauză atât factori fiziologici, cât și psihici. Este important de știut că și în cazul factorilor fiziologici factorii psihologici secundari nu fac decât să complice situația.

Natura disfuncțiilor sexuale

O definiție corectă a disfuncțiilor sexuale o reprezintă perturbarea persistentă a pattern-urilor sexuale de interes și răspuns. Disfuncțiile sexuale sunt diferite de deviațiile sexuale, comportamente care se deosebesc sub aspect calitativ de cele sexuale normale. Această definiție nu e pe deplin satisfăcătoare pentru că, pe de o parte, este dificil de circumscris comportamentul sexual normal, iar pe de altă parte faptul că un comportament sexual este calificat drept disfuncțional depinde de mai mulți factori: dacă partenerul consideră că este o problemă, iar aceste expectații pot fi influențate de opinia prietenilor, mass-media sau de opinia unor medici (Hawton, 1989).

Nu a fost elaborată până acum o clasificare satisfăcătoare a disfuncțiilor sexuale. În general, se acceptă drept criterii: interesul sexual, activarea sexuală, orgasmul și alte probleme. Alți factori care trebuie luați în considerare sunt perioada de debut și amploarea tulburării.

Termenii tulburare primară și secundară se referă la faptul dacă tulburarea a fost prezentă de la începerea activității sexuale sau a debutat după o perioadă de activitate sexuală satisfăcătoare. Termenii total și situațional se referă la faptul că tulburarea sexuală este prezentă în toate situațiile sau doar în unele din acestea (sex adecvat cu partenerul obișnuit, dar nu și cu alt partener, activitate sexuală prin intermediul masturbării etc.).

În cadrul fiecărei tulburări sexuale există nenumărate variații ca, de pildă, în cazul tulburării de erecție: există bărbați care realizează erecția cu partenera, dar o pierd în timpul actului sexual, bărbați care obțin doar o erecție parțială, bărbați care obțin

erecţia doar când sunt singuri (în timpul masturbării) şi bărbaţi care nu au erecţie în nici un fel de situaţie.

Lipsa satisfacţiei sexuale reprezintă o problemă importantă pentru care indivizii sau cuplurile solicită psihoterapia (fără să existe de fapt disfuncţie sexuală). Mulţi dintre aceşti subiecţi nu se referă la vreo tulburare anume, ci la absenţa satisfacţiei sexuale. La această situaţie îşi pot aduce contribuţia factori variaţi, cum ar fi:

– dificultăţile relaţionale;
– partenerii nu se mai consideră atrăgători unul pe celălalt;
– plictiseala şi monotonia.

Uneori, aceeaşi problemă poate fi secundară lipsei de interes sexual (Bancroft, 1983).

În afara disfuncţiilor sexuale sau a lipsei de satisfacere sexuală, pacienţii se pot adresa specialiştilor şi pentru alte probleme: depresie, insomnie, probleme ginecologice sau lipsa fertilităţii.

Clasificarea disfuncţiilor sexuale (Hawton, 1989)

Tipul de disfuncţie	Disfuncţia la	
	Femei	Bărbaţi
Interes sexual	Reducerea interesului sexual	Reducerea interesului sexual
Activare sexuală	Scăderea activării sexuale	Tulburare de erecţie
Orgasm	Disfuncţie orgasmică (anorgasmie)	Ejaculare precoce Ejaculare întârziată sau absenţa ei
Alte tipuri de tulburări	Vaginism Dispareunie	Ejaculare dureroasă Dispareunie

Cauzele tulburărilor sexuale

• Cauze fiziologice: boală, operaţii, diverse tratamente (Bancroft, 1983; Hawton, 1985, 1987). Chiar şi în aceste cazuri

factorul psihologic accentuează tulburarea și terapia cognitiv-comportamentală este indicată.

• Factori predispozanți (lipsă de încredere în sine; pubertate întârziată).

• Factori precipitatori (eșec sexual sub influența alcoolului).

• Factori care mențin tulburarea (anxietate anticipatorie la fiecare tentativă de act sexual).

Disfuncțiile sexuale la femei

1. Scăderea interesului sexual (libido scăzut):

– variază considerabil de la o femeie la alta;

– se reflectă în frecvența actelor sexuale cu partenerul, gânduri cu conținut sexual, masturbare;

– se asociază frecvent cu dificultăți relaționale și depresie (Hawton și Catalan, 1986; Weissman și Paykel, 1974).

2. Activare sexuală scăzută:

– reducerea răspunsurilor fiziologice normale (de exemplu, lubrefierea vaginului) la stimularea sexuală și lipsa senzațiilor asociate cu excitarea sexuală;

– este firească la menopauză și după naștere.

3. Deficiență de orgasm: absență sau orgasme foarte rare. Terapeutul trebuie să diferențieze acele femei care nu obțin orgasm cu partenerul, dar îl obțin prin masturbare, de cele care nu s-au masturbat niciodată. Deficiența orgasmică secundară se asociază, de obicei, cu dificultăți relaționale.

4. Vaginism: act sexual imposibil sau extrem de dureros datorită unui spasm vaginal care împiedică penetrarea. Poate apărea după un traumatism al vaginului sau în urma unei infecții.

Multe din aceste femei au idei greșite cu privire la sexualitate. Multe din ele sunt altfel normale sub aspectul responsivității sexuale (Duddle, 1977).

5. Dispareunia – act sexual dureros. Durerea poate fi superficială, medie (datorită lipsei excitației, infecțiilor vaginale, unor

chisturi) sau profundă (infecţie pelviană, endometrită sau lipsa activării sexuale). În aceste cazuri se indică controlul ginecologic.

Disfuncţiile sexuale la bărbaţi

1. Interesul sexual scăzut: poate fi consecinţa unei tulburări de erecţie, a dificultăţilor relaţionale sau a depresiei. Trebuie exclusă cauza organică (hipogonadism).

2. Tulburarea de erecţie:

– este cea mai răspândită tulburare pentru care se solicită psihoterapie;

– are forme diverse;

– mecanismul erecţiei este influenţat de o varietate de factori psihologici (anxietate, distragere, expectaţia performanţei) şi fiziologici: diabet, probleme circulatorii, leziuni ale coloanei vertebrale, medicaţie antihipertensivă.

3. Ejacularea precoce:

– este dificil de definit; de regulă, este bine să se solicite şi opinia partenerei, pentru că unii oameni au expectaţii neraţionale;

– de regulă, reprezintă o tulburare primară;

– masturbarea de timpuriu poate fi un factor predispozant;

– frecventă la tineri la începutul vieţii sexuale;

– frecventă în stări de stres;

– numai în cazul în care este persistentă este considerată simptom.

4. Ejacularea întârziată/absentă:

– este o tulburare relativ rară, care afectează atât ejacularea, cât şi orgasmul;

– trebuie distinsă de tulburarea datorată unor cauze fiziologice (prostatectomie) sau medicaţiei (tioridazin), când subiectul are orgasm, dar nu ejaculează.

Ejacularea se poate obţine în timpul masturbării,dar nu şi cu o parteneră, numai în somn sau deloc (în aces din urmă caz, se suspectează o cauză fizică).

Ejaculare întârziată: stimularea sexuală trebuie să fie prelungită un timp neobişnuit de lung până să apară ejacularea.

5. Ejacularea dureroasă și dispareunia: senzația de durere sau arsură după ejaculare, de regulă, este rezultatul unei infecții (uretrită, prostatită etc.)

Dispareunia: act sexual dureros, de regulă datorată unor cauze organice.

Factorii psihologici care pot contribui la disfuncțiile sexuale (după Hawton, 1989)

Factori predispozanți:
- Educație restrictivă: atitudinea părinților e distorsionată sau provoacă inhibiție sexuală;
- Relații familiale perturbate, lipsa afecțiunii;
- Experiențe sexuale timpuri cu caracter psihotraumatizant: viol, incest;
- Lipsa educației sexuale.

Factori precipitatori:
- Relații perturbate cu partenerul;
- Nașterea unui copil (aici dificultățile sexuale pot apărea și datorită unor factori fiziologici sau datorită depresiei);
- Infidelitate;
- Disfuncții ale partenerului;
- Eșecuri repetate;
- Depresie;
- Anxietate;
- Experiențe sexuale traumatizante;
- Vârsta;
- Reacție psihologică la unii factori organici.

Factori care mențin tulburarea:
- Anxietatea de performanță;
- Teama de eșec (de pierdere a erecției);
- Solicitările partenerului;
- Comunicare insuficientă între parteneri;
- Culpabilitate (eventual legată de o relație extraconjugală);

– Lipsa atracţiei faţă de partener;
– Relaţii conflictuale;
– Teama de intimitate emoţională;
– Informaţii sexuale insuficiente despre modul cum se realizează stimularea partenerului;
– Joc erotic preliminar insuficient (partenera nu e excitată);
– Depresie;
– Anxietate.

Experţii sexologi estimează că mai mult de jumătate din cuplurile din Europa de Vest şi Statele Unite ale Americii au diverse dificultăţi legate de viaţa sexuală, iar majoritatea acestor dificultăţi au drept cauză anxietatea.

Fensterheim şi Jean Baer, 1977, se referă la următoarele aspecte ce pot constitui semnale de alarmă în legătură cu existenţa unor probleme sexuale:

• Evitarea deliberată a relaţiilor sexuale.

Aceasta nu se referă la faptul că o persoană nu poate să fie la un moment dat într-o dispoziţie potrivită pentru a întreţine relaţii sexuale, ci la evitarea sistematică a acestora, evitare care devine o obişnuinţă. Observaţi-vă propriul comportament şi verificaţi dacă nu cumva inhibaţi orice manifestare de afecţiune care ar putea conduce la relaţii sexuale.

• Evitarea relaţiilor sexuale fără ca subiectul să fie conştient de acest lucru. Subiecţii invocă tot felul de motive pentru a evita sexul: oboseală, indispoziţie, faptul că au prea mult de lucru etc.

• Transformarea relaţiei sexuale într-o rutină zilnică.

• Subiectul este îngrijorat în legătură cu diverse aspecte legate de viaţa sa sexuală: se teme că are fantezii prea bogate sau, dimpotrivă, că nu are fantezii, că are dorinţe inacceptabile etc.

• Existenţa unei disfuncţii sau a unei perversiuni sexuale.

Trebuie subliniat că activitatea sexuală este înalt investită emoţional şi din acest motiv fricile şi anxietatea pot să conducă la blocarea acesteia, generând insatisfacţii şi inhibiţii.

Înainte de a trece la un program de psihoterapie care să conducă la reducerea anxietății legate de domeniul vieții sexuale, persoanele care au astfel de probleme trebuie să cunoască următoarele aspecte:

1. Deoarece activitatea sexuală este în primul rând o activitate fizică, orice disconfort fizic afectează această activitate. Din acest motiv, nu trebuie să ne grăbim să punem orice disfuncție sexuală pe seama unor factori de natură psihologică. Astfel, durerile din timpul actului sexual pot avea drept cauză o leziune a colului uterin, iar o tulburare de erecție poate fi consecința unei tulburări endocrine. Din acest motiv, înainte de a începe psihoterapia, este indicat un control medical de specialitate.

2. Activitatea sexuală a omului este condusă în primul rând de creier și apoi de glandele endocrine. Aceasta înseamnă că toate experiențele anterioare, precum și toate gândurile și atitudinile prezente sau trecute influențează activitatea sexuală prezentă.

3. Noțiunea de partener neimplicat este mult exagerată. Fricile, anxietățile, afecțiunea, tandrețea, dragostea pe care cineva le manifestă interacționează cu cele ale partenerului, amplificându-se. Astfel, dacă unul din parteneri are probleme, acestea îl vor afecta și pe celălalt.

4. Într-o relație de dragoste obiectivul activității sexuale trebuie să fie o comunicare plenară atât pe plan fizic, cât și psihic, care să conducă la contopirea celor doi parteneri într-o singură ființă. Se ajunge la împlinirea sexuală prin intermediul sentimentului de dragoste și, invers,la împlinirea dragostei prin intermediul sexului.

5. Așa cum este posibil să ne eliberăm și de alte frici, fobii și anxietăți, putem să ne eliberăm și de cele al căror conținut se referă la domeniul vieții sexuale.

Temerile care influențează viața sexuală

Fensterheim și Jean Baer, 1977, sunt de părere că orice fel de teamă poate influența viața sexuală, dar că există, în principal, trei categorii mai importante:

1. Temeri externe sau tangenţiale.

Acestea îşi au originea în viaţa cotidiană şi în experienţele anterioare ale subiectului care nu au o legătută directă cu viaţa sexuală sau cu relaţia de cuplu. Astfel, de pildă, un individ poate suferi de fobie de întuneric şi din acest motiv nu poate face dragoste decât cu lumina aprinsă, ceea ce poate să-l deranjeze pe partenerul său.

O femeie tânără putea fi foarte uşor activată sexual, dar ea nu ajungea niciodată la orgasm. O anamneză amănunţită a evidenţiat că pacienta suferise în copilărie de astm bronşic şi orice modificare a ritmului ei respirator o îmspăimânta.

2. Temeri legate de relaţia interpersonală.

În această categorie putem include teama de respingere, de a nu fi înţeles de partener, de a fi utilizat de acesta sau teama de a da frâu liber sentimentelor („dacă îi arăt ce simt cu adevărat, el va profita de mine").

Viaţa sexuală poate fi influenţată negativ şi de conflictele şi resentimentele existente în cadrul cuplului (uneori, certurile şi conflictele contribuie la îmbunătăţirea calităţii vieţii sexuale, alteori, dimpotrivă, o blochează: „cum pot face dragoste cu el dacă m-a supărat atât de tare"?).

Prezentare de caz

Mihai şi Elvira, soţi, în jurul vârstei de 25 de ani, s-au prezentat la cabinetul de psihoterapie pentru următoarea problemă de cuplu: ei se certau violent, după care întreţineau relaţii sexuale excelente. În situaţia în care aveau relaţii sexuale într-o perioadă de linişte totul le părea monoton şi lipsit de viaţă. Adesea Elvira îl provoca pe Mihai în mod deliberat pentru a se ajunge la relaţiile sexuale realizate cu intensitate maximă. Totul a mers relativ bine până în momentul în care Mihai a început să-şi piardă controlul şi să-şi lovească soţia cu sălbăticie.

Anamneza a evidenţiat faptul că Mihai se temea teribil să-şi exprime sentimentele de tandreţe pentru că în copilărie părinţii îl manipulau purtându-se drăguţ cu el şi obligându-l să facă lucruri

pe care nu dorea să le facă. Ca rezultat, el a devenit neîncrezător în sentimentele lui de tandrețe sau ale celorlalți. Astfel, deși o iubea sincer pe Elvira, el își reprima sentimentele pozitive și le exprima doar pe cele negative, comportându-se spontan doar atunci când era furios.

În acest caz, terapia a avut ca obiective să corecteze gândurile iraționale ale subiectului în legătură cu exprimarea sentimentelor de tandrețe, precum și trasarea unor sarcini în sfera comportamentală, sarcini prin intermediul cărora subiectul să adreseze în mod deliberat remarci tandre soției.

O dată ce teama de exprimare a trăirilor afective pozitive a scăzut, cei doi soți nu au mai avut nevoie de conflicte pentru a avea relații sexuale normale.

Frecvent, se manifestă la persoanele cu probleme și teama de a nu-și decepționa partenerul, teamă ce îmbracă forma unei presiuni continue pe care individul o simte din partea partenerului său. Acesta este atât de concentrat pentru a detecta diverse semne de dezamăgire pe care le-ar putea manifesta celălalt, încât nu se mai poate bucura de relația intimă. Teama de a nu decepționa partenera poate produce la unii bărbați așa-numitul complex „Madona", complex care îi fac să aibă dificultăți sexuale atunci când sunt foarte îndrăgostiți de partenera lor, ei putând avea însă relații normale cu prostituate pentru că nu le pasă de părerea acestora despre ei.

Temeri asemănătoare pot conduce la comportamente tip „Don Juan", când bărbatul are aventuri de o noapte și nu se întâlnește niciodată de două ori cu aceeași femeie.

3. Temeri specifice legate de sfera vieții sexuale.

- Teama de a nu funcționa adecvat în plan sexual sau așa-numita anxietate de performanță.

În astfel de cazuri, subiectul deplasează accentul pe modul în care funcționează și nu pe plăcerea lui și a partenerei sau pe comunicarea interpersonală. Frecvent, subiecții cu astfel de probleme se tem că nu vor avea erecție, că o vor pierde pe parcurs sau că nu vor atinge orgasmul. Acest tip de temeri conduce la alte temeri, cu caracter secundar, cum ar fi:

– Teama că partenera sau partenerul va fi nesatisfăcut (dacă acesta îşi va da seama de dificultatea subiectului, îl va preţui mai puţin, fapt ce îl determină să interpreteze orice comentariu, oricât de nevinovat, ca un semn de dispreţ). În astfel de cazuri, bărbaţii, dar mai ales femeile, încearcă să-şi mascheze dificultăţile mimând orgasmul.

– Teama de nu fi umilit în public apare mai ales la bărbaţi, care sunt terorizaţi de ideea că ceilalţi ar putea afla despre problemele lor şi ar putea să-şi bată joc de ei.

– Teama de dificultăţile sexuale ale partenerului: subiectul cu astfel de probleme consideră că dacă partenerul suferă de vreo disfuncţie sexuală înseamnă că ceva este în neregulă cu el („dacă aş fi fost un bărbat adevărat, ea ar fi avut orgasm" sau „dacă aş fi fost o femeie adevărată, el nu ar fi avut probleme").

Aceste temeri produc frustrări şi comportamente de evitare, fapt ce amplifică anxietatea de inadecvare a celuilalt. Astfel, subiectul fie că aruncă întreaga vină asupra celuilalt, fie îşi asumă întreaga responsabilitate a eşecului, ambele comportamente fiind disfuncţionale.

Prezentare de caz

Matei, inginer, de 36 de ani, a prezentat tulburări de dinamică sexuală în timpul primei căsătorii. El a urmat tratament psihoterapeutic, după care impotenţa s-a rezolvat. Datorită altor probleme, legate de relaţiile interpersonale, el s-a decis totuşi să divorţeze. După divorţ, Matei a avut relaţii sexuale normale. Când s-a căsătorit a doua oară, soţia sa, la care ţinea foarte mult, nu putea ajunge la orgasm în timpul actului sexual obişnuit, ea putând obţine această stare doar prin stimulare clitoridiană. Deşi soţia i-a spus că nu este vina lui şi că ea a funcţionat întotdeauna aşa, afirmând că relaţiile sexuale îi dau satisfacţie, Matei a început să-şi facă tot mai multe probleme până când i s-a reinstalat impotenţa.

Uneori, chiar anticiparea faptului că partenerul ar putea avea probleme alterează relaţia intimă. Astfel, o studentă a afirmat că ea şi-a pierdut interesul pentru sex pentru că a început să se

teamă de faptul că prietenul ei nu va avea erecţie, o va învinovăţi pe ea şi în cele din urmă o va părăsi. Înainte de a-i veni această idee, totul între ei mergea bine. Ea nu a discutat niciodată problema în mod deschis cu partenerul, în schimb i-a transmis starea ei de nervozitate, care l-a făcut, în cele din urmă, să devină impotent.

– Teama că subiectul este anormal sub aspect sexual, această teamă implicând următoarele componente:

• teama că subiectul nu se încadrează într-o normă statistică, fără a ţine seama de faptul că, la fel ca şi în alte sfere ale vieţii psihice şi somatice, există mari diferenţe interindividuale; de regulă, aceste probleme apar datorită unei insuficiente educaţii sexuale ştiinţifice, subiectul având informaţii fragmentare din lecturi facile, filme sau din povestirile fanteziste ale unor prieteni care îşi exagerează mult performanţele în acest domeniu. Astfel, de pildă, foarte mulţi bărbaţi tineri îşi fac probleme în legătură cu lungimea penisului;

• teama de perversiuni sexuale: unii subiecţi obţin satisfacţii în urma unor activităţi sexuale mai speciale, după care încep să se teamă dacă nu cumva sunt perverşi. De regulă, sexologii contemporani sunt de părere că putem considera ca fiind activităţi sexuale normale toate acele comportamente liber consimţite şi care au loc între adulţi, chiar dacă acestea pot să iasă din standardele generale admise de publicul larg.

• teama de a nu fi inhibat în plan sexual se datorează faptului că multe persoane, mai ales în societatea occidentală, îşi aleg drept modele de comportament sexual filmele sau revistele pornografice. Aceasta înseamnă nu numai că se poate face orice între doi adulţi de sexe opuse, dar aceştia chiar se simt obligaţi să facă tot ce au văzut şi chiar să obţină satisfacţii, ceea ce nu este totdeauna adevărat pentru toată lumea.

Alte temeri din domeniul vieţii sexuale

Specialiştii susţin că pot exista multe astfel de temeri cum ar fi: teama de sarcină, de pierdere a potenţei („nu mai sunt bărbatul de altădată"), de îmbătrânire („el nu mă va mai dori; eu

am 40 de ani şi el 42 şi oricând îşi poate găsi o femeie de 20 de ani"), teama de traumatism fizic (poate apărea mai ales la femeile care au fost agresate sexual) etc.

Toate aceste temeri conduc la obiective exagerate sau artificiale care alterează calitatea vieţii sexuale, ca de pildă: să fii un expert în domeniul sexului, să menţii o relaţie neechilibrată (urmărind doar să ai drept scop unic atingerea orgasmului sau să menţii un comportament stereotip de teama de a încerca şi lucruri noi).

Majoritatea persoanelor care prezintă astfel de probleme uită de obiectivul autentic al vieţii sexuale: o comunicare în plan fizic şi psihic între doi oameni care doresc să devină o singură fiinţă.

Din cele arătate mai sus rezultă că majoritatea dificultăţilor sexuale psihogene au la bază anxietatea. Subiectul care doreşte să se elibereze de anxietate şi stări cu caracter fobic trebuie să cunoască natura reală a temerilor sale şi apoi să încerce să le modifice.

Fensterheim şi Jean Baer (1977) recomandă pentru început următoarea structură a unui chestionar de anamneză menit să evidenţieze dificultăţile sexuale.

1. În copilărie aţi fost vreodată pedepsit pentru jocuri cu caracter sexual?
2. Aţi trăit vreo experienţă sexuală cu caracter traumatic?
3. V-aţi simţit vinovat atunci când v-aţi masturbat pentru prima oară?
4. La ce vă gândeaţi (ce fantezii creaţi) atunci când aţi început să vă masturbaţi?
5. Reamintiţi-vă prima experienţă de joc cu caracter erotic.
   - Ce vârstă aveaţi atunci?
   - Ce s-a întâmplat?
   - Ce v-a plăcut mai mult?
   - Ce v-a făcut să deveniţi speriat şi anxios?
6. Reamintiţi-vă primul act sexual normal.
   - Ce vârstă aveaţi atunci?
   - Ce s-a întâmplat?
   - Ce v-a plăcut mai mult?

– Ce v-a făcut să deveniți speriat și anxios?

7. Reamintiți-vă o experiență sexuală reușită.
   – Când, unde și cu cine a avut loc?
   – Ce a fost bun în acea experiență?
   – Cum s-a terminat respectiva experiență?
8. Reamintiți-vă o experiență sexuală negativă.
   – Când, unde și cu cine a avut loc?
   – Ce a fost atât de rău?
   – Cum s-a încheiat experiența respectivă?
9. Ați avut cumva o serie de experiențe sexuale negative? Ce s-a întâmplat? Ce anume a produs experiențele respective?
10. Evaluați viața dumneavoastră sexuală curentă, apreciind fiecare aspect pe o scală gradată de la 0 (foarte rău) la 10 (excepțional).
    – Fantezii etoritce …
    – Masturbare …
    – Anticipare …
    – Afecțiune în plan fizic …
    – Afecțiune în plan sentimental (dragoste) …
    – Jocuri erotice …
    – Alte moduri decât cele obișnuite de a face dragoste …
    – Starea de după actul sexual …
11. Evaluând viața dumneavoastră sexuală, enumerați următoarele aspecte:
    – Ce ați dori să realizați și nu puteți?
    – Ce ar dori partenerul dumneavoastră să faceți, dar nu doriți sau nu puteți?
    – Ce ați dori dumneavoastră ca partenerul să facă, dar acesta nu poate sau nu dorește?
12. Notați aspectele dificile care intervin în viața dumneavoastră sexuală:
    – Aspecte fizice sau emoționale;
    – Ce faceți dumneavoastră sau ce face partenerul;

- Ce anume simţiţi;
- Cine anume ia iniţiativa iniţerii unui act sexual, dumneavoastră sau partenerul?
- Viaţa sexuală este deficitară sau în exces?

13. Notaţi acele lucruri pe care aţi dori să le faceţi în mai mare măsură sau să le faceţi diferit.
14. Notaţi acele lucruri pe care aţi dori ca partenerul dumneavoastră să le facă într-o mare măsură sau în alt mod.
15. Ce ar putea face partenerul dumneavoastră pentru a vă ajuta să vă schimbaţi?
16. Ce aţi putea face dumneavoastră pentru a-l ajuta pe partenerul dumneavoastră să se modifice?
17. Notaţi temerile, îngrijorările, anxietăţile care vă determină să nu acţionaţi liber în sfera vieţii sexuale. Căutaţi să stabiliţi cu precizie ce anume şi cum vă inhibă în domeniul sexual.

Deşi răspunsurile la aceste întrebări pot fi deosebit de utile, ele pot avea uneori un caracter limitat şi din acest motiv ele trebuie completate cu o autoobservaţie atentă.

Pentru a realiza acest lucru, se recomandă următoarele exerciţii:

1. Explorarea şi cunoaşterea propriului corp.

Pentru femei: Căutaţi să vă cunoaşteţi corpul. Pentru aceasta priviţi-vă goală în oglindă şi observaţi ce anume vă place la dumneavoastră şi ce nu. Examinaţi cu atenţie, tot în oglindă, zonele genitale şi observaţi cum vă simţiţi: mândră, ruşinată, vinovată sau speriată?

Pentru bărbaţi: Încercaţi să deveniţi narcisic. Admiraţi-vă gol în oglindă, încordând şi relaxând muşchii asemenea unui atlet. Observaţi ce vă place şi ce nu la propria persoană. Atingeţi zonele genitale şi observaţi ce anume simţiţi. Dacă atingerea unei anumite părţi a corpului vă produce anxietate căutaţi s-o atingeţi mai mult până când anxietatea va fi înlocuită cu o senzaţie de plăcere.

2. Achiziţionarea comunicării deschise în sfera vieţii sexuale.

Relațiile sexuale normale se bazează pe o comunicare sinceră și deschisă între cei doi parteneri pentru că împărtășirea sentimentelor conduce la o mai bună înțelegere și la o intimitate sporită între cei doi parteneri. De asemenea, discutarea nemulțumirilor și insatisfacțiilor poate contribui la eforturile ambilor parteneri de a le soluționa. Chiar și simplul fapt de a discuta cu privire la o problemă contribuie la reducerea anxietății în legătură cu aceasta.

Programul de învățare a subiectului să comunice liber cu privire la sex implică:

a) Realizarea unor lecturi pe teme de educație sexuală și discutarea acestora împreună cu partenerul.

b) Trecerea de la discutarea unor probleme cu caracter general la discutarea propriilor nevoi, dorințe și probleme din domeniul vieții sexuale.

Pentru subiecții care au dificultăți să discute despre acest gen de subiecte, Fensterheim și Jean Baer recomandă ca auxiliar testul completării de fraze, pe care trebuie să-l realizeze ambii parteneri și apoi să discute pe marginea acestuia.

Prezentăm mai jos un model al respectivului test (Fensterheim și Jean Baer, 1977):

- În timpul actului sexual îmi place cel mai mult să ...
- Partea corpului meu unde simt cea mai mare plăcere este ...
- Partea corpului tău care mi se pare cea mai „sexy" este ...
- Îmi place cel mai mult când eu ...
- Îmi place cel mai mult când tu ...
- Imaginea mea favorită legată de viața sexuală este ...
- În timpul jocului erotic preliminar doresc ...
- În timpul actului sexual propriu-zis aș dori ...
- Mă tem să-ți spun că ...
- Aș dori ca tu să ...

3. Reducerea anxietăților legate de activitatea sexuală, care se poate realiza prin intermediul următoarelor tehnici:

a) *Tehnica imaginației dirijate*, menită să amplifice fanteziile cu caracter erotic. Fanteziile erotice contribuie la accentuarea excitației și satisfacției subiecților, fapt ce ajută în mod indirect la reducerea anxietății.

Subiectului cu probleme i se cere să elaboreze o imagine sau un film mental cu conținut erotic și să constate nivelul de excitație pe care îl produce acesta. Apoi i se cere să repete la nivel de antrenament mental (în stare de relaxare) scenariul respectiv și să caute să amplifice în mod deliberat gradul de excitație.

Prezentare de caz (după Fensterheim și Jean Baer, 1977)

Alan, un avocat de 28 de ani, crescut într-o familie catolică, unde activitatea sexuală era considerată ca un păcat, s-a prezentat la psihoterapie pentru că se simțea relativ puțin atras de femei și nu obținea prea mare satisfacție de pe urma activității sexuale.

Terapeutul i-a recomandat să creeze un număr de fantezii cu conținut sexual și să evalueze nivelul de excitare pe care-l obținea, pe o scală gradată de la 0 la 100. Imaginându-și că făcea dragoste cu o fată pe care o iubea, Alan a obținut la început doar punctajul 15 pe scala ce măsura gradul de excitare. Terapeutul i-a cerut să mai exerseze și să adauge imaginii respective mai multe detalii. În aceste noi condiții, pacientul a obținut un scor de 35 pe scala gradată.

Pentru săptămâna următoare terapeutul i-a trasat ca sarcină să realizeze exercițiul de imaginație dirijată în stare de relaxare de 5 ori pe zi, încercând să sporească în mod voluntar gradul de excitare cu câte 10 puncte. După cinci săptămâni de astfel de exerciții, Alan a obținut un punctaj de 60 pe scala ce măsura gradul de excitare sexuală la stimuli imaginari și în același timp a început să fie tot mai interesat de întâlniri cu fete și să obțină satisfacție din relațiile sexuale. Astfel, prin tehnica imaginației dirijate, pacientul a reușit să-și reducă anxietatea și să-și optimizeze comportamentul sexual.

Fanteziile erotice pot fi simple (de pildă, retrăirea situației când subiectul a sărutat pentru prima oară o fată) sau complexe (își poate imagina că face dragoste cu un actor cunoscut).

b) *Trasarea unor sarcini comportamentale simple* care se referă la viața sexuală.

Subiectului i se cere să realizeze acele lucruri pe care înainte avea tendința să le evite, începând cu ceea ce i se pare mai ușor de realizat. Terapeutul indică pacientului să se concentreze asupra a ceea ce face, nu asupra a ceea ce simte.

Iată câteva exemple de astfel de sarcini:

– Faceți dragoste la alte ore și în alte locuri decât cele obișnuite (în sufragerie, în baie, în timpul zilei etc.);

– Experimentați și alte poziții în timpul actului sexual;

– Creați scenarii legate de activitatea sexuală în așa fel încât să maximizați plăcerea și să reduceți anxietatea. Astfel, pentru subiecții care se tem să experimenteze comportamente sexuale neobișnuite se poate recomanda, de pildă, să joace rolul unui amant celebru pe care l-au văzut într-un film și să facă ceea ce ar fi făcut în situația respectivă personajul ales drept model.

c) *Tehnica desensibilizării sistematice.*

Terapeutul indică subiectului să elaboreze o listă ierarhică ce cuprinde acele lucruri sau situații care le provoacă anxietate, începând cu stimulul cel mai puțin anxiogen și terminând cu cel mai anxiogen. Pacientul trebuie să-și imagineze situația respectivă (cea mai puțin anxiogenă la început), să se relaxeze până când anxietatea dispare complet și apoi să treacă la stimulul următor.

Iată un model de ierarhie de stimuli anxiogeni pentru un bărbat cu teama de a fi inadecvat în plan sexual (după Arnold Lazarus, 1976):

– sărut;
– mângâieri, subiecții fiind îmbrăcați;
– partenerii sunt dezbrăcați;
– joc erotic (parteneri dezbrăcați);
– poziție specifică actului sexual;
– penetrare;
– act sexual prpriu-zis;
– schimarea poziției în timpul actului sexual.

Subliniem faptul că ierarhia respectivă trebuie să aibă un caracter individualizat, fiind specifică problemelor fiecărui pacient în parte.

Prezentare de caz

Nely şi Radu s-au prezentat la cabinetul de psihoterapie pentru probleme sexuale. Nely se plângea că Radu nu este interesat de viaţa sexuală. Dacă ea nu-l provoca, uneori chiar agresiv, între ei nu se petrecea nimic. În cazul în care ei îi dispărea interesul în timpul actului sexual, Radu nu făcea nici un efort să continue.

Anamneza şi psihodiagnosticul proiectiv au pus în evidenţă faptul că Radu era interesat de viaţa sexuală, dar în acelaşi timp era terorizat de teama că ar putea fi respins. Se temea că dacă el ar avea vreo iniţiativă şi Nely l-ar respinge s-ar petrece o catastrofă inimaginabilă. Această teamă de a nu fi refuzat se ascundea în spatele lipsei sale de iniţiativă sexuală.

Pentru a destructura modelul comportamental de evitare al bărbatului, terapeutul a propus tehnica desensibilizării în plan comportamental sub forma unui joc de rol. În următoarele săptămâni, Radu trebuia să-i ceară lui Nely să facă o serie de lucruri personale pentru el (să-i facă masaj, să-l sărute, să-i taie unghiile etc.), iar ea trebuia să refuze.

Soţul trebuia să se străduiască s-o convingă. În cazul în care el reuşea să fie suficient de convingător, Nely trebuia să cedeze şi să facă ceea ce îi cerea el. De fiecare dată când Radu reuşea s-o convingă pe Nely să facă un anumit lucru pentru el, Radu primea 5 puncte, iar de fiecare dată când ea nu se lăsa convinsă, el pierdea 5 puncte. Obiectivul jocului era ca Radu să obţină 100 de puncte, iar când acest obiectiv era atins, cei doi soţi trebuiau să plece într-o excursie la pescuit (Radu era pescar amator). La sfârşitul primei săptămâni, Radu a obţinut – 15 puncte. Pentru a-l încuraja, Nely a adus acasă broşuri în legătură cu pescuitul şi vederi din locurile cele mai frumoase unde se putea pescui. În următoarea săptămână Radu a obţinut scorul de +5 şi foarte repede s-a ridicat la +50 de puncte, iar cei doi au plecat la pescuit.

În timpul micii vacanțe, lui Radu nu i-a mai apărut ideea că Nely l-ar putea refuza și de atunci relațiile intime dintre cei doi s-au corectat.

Cu toate acestea, uneori acele lucruri de care se teme subiectul se pot întâmpla sau s-au întâmplat deja. Astfel, acesta poate avea o disfuncție sexuală reală sau poate manifesta un comportament deviant pe care nu și-l dorește. Foarte multe din aceste tulburări sunt cauzate de teamă sau sunt menținute de aceasta.

Disfuncțiile sexuale

La bărbați disfuncțiile cele mai frecvent întâlnite sunt impotența și ejacularea precoce, iar la femei frigiditatea și vaginismul (în acest ultim caz anxietatea produce o contractură a musculaturii vaginale care face actul sexual dureros sau chiar imposibil).

Aceste tulburări sunt relativ ușor de rezolvat, cu condiția ca ele să reprezinte probleme sexuale primare și nu probleme generate de o proastă relație de cuplu sau de temeri care nu au legătură directă cu viața sexuală.

Comportamentele sexuale deviante

Acestea reprezintă tipuri de comportament erotic scăpat de sub control, care se manifestă sub forma unor impulsuri foarte puternice, bazate pe un nivel foarte ridicat de autoexcitație și urmate adesea de sentimente de culpabilitate și autodevalorizare. Unele din aceste comportamente sunt inacceptabile și considerate antisociale, ele având loc între subiect și victimă și nu se desfășoară în mod liber consimțit între parteneri adulți. În această categorie intră, printre altele, pedofilia și exhibiționismul. Obiectivul psihoterapiei în astfel de situații este stoparea comportamentelor respective.

Celelalte comportamente sexuale deviante au loc între adulți, sunt liber consimțite, problema constând în caracterul neo-

bişnuit al actului sexual, care produce tensiune în cadrul cuplului şi sentimente de culpabilitate la subiectul în cauză. În acest caz, obiectivul psihoterapiei este menit să-l ajute pe pacient să câştige autocontrolul asupra acestor comportamente, astfel încât ele să capete un caracter voluntar şi nu impulsiv, devenind o parte a activităţii sexuale obişnuite, fără să mai contribuie la alterarea relaţiei din cadrul cuplului.

Adesea, anxietatea este cea care generează sau menţine comportamentul deviant. Situaţia în care teama generează respectivul comportament sexual deviant se caracterizează, de regulă, prin prezenţa unor anxietăţi de natură psihosocială (cum ar fi teama de critică sau teama de a fi respins). Aceste temeri ating o amplitudine foarte mare şi subiectul simte nevoia să întreprindă ceva pentru a se elibera de ele. El a învăţat, probabil în mod întâmplător, că un act sexual deviant îl poate uşura şi îl declanşează automat. Aici problema care se pune este stoparea anxietăţii declanşatoare şi aceasta va avea drept consecinţă şi oprirea activităţii sexuale nedorite.

Prezentare de caz (după Fensterheim şi Jean Baer, 1977)

Sam a fost arestat de mai multe ori pentru că, poştaş fiind, avea obiceiul să se uite în diverse apartamente pe gaura cheii pentru a vedea femei dezbrăcate. Atunci când reuşea să vadă o femeie dezbrăcată, se excita puternic şi se masturba. Aceste episoade erau declanşate de teama de deprivare. Crescut într-o familie săracă, Sam s-a temut toată viaţa că nu avea suficientă mâncare, haine corespunzătoare şi mai târziu că nu va avea maşină. Această teamă l-a determinat să fure de mai multe ori în adolescenţă. La vârsta adultă a strâns suficienţi bani penru a-şi cumpăra o maşină.

La 35 de ani, căsătorit de 12 ani şi tată a trei copii, Sam s-a simţit din nou deprivat pentru că nu avea libertatea să întreţină relaţii extraconjugale. El era, de altfel, un soţ credincios şi nu-şi dorea cu adevărat o relaţie extraconjugală, dar povestirile pe care le auzea de la alţi bărbaţi au condus la reacutizarea sentimentului de deprivare, care a declanşat conduita respectivă.

Terapeutul a utilizat schema anterioară de comportament a subiectului, conform căreia comportamentul de furt a dispărut spontan în momentul în care acesta şi-a cumpărat maşină.

Tehnica utilizată a fost cea a desensibilizării sistematice în plan imaginativ: pacientul, în stare de relaxare, a fost solicitat să-şi imagineze scene în care diverşi bărbaţi îşi relatau aventurile şi apoi scene în care el întreţinea relaţii sexuale extraconjugale. Terapeutul s-a bazat pe supoziţia că dacă pacientul se va simţi liber să aibă relaţii sexuale cu alte femei, sentimentul de deprivare se va stinge. În plan real, subiectul a avut o scurtă aventură, după care a decis că doreşte să devină monogam şi comportamentul deviant a dispărut.

Teama care îl împiedică pe subiect să se elibereze de comportamentul nedorit este, de regulă, de natură sexuală. Comportamentul deviant ajută subiectul să evite aspectele anxiogene ale unei relaţii sexuale normale.

Prezentăm, în cele ce urmează, un caz descris de autorii menţionaţi mai sus.

Tim, un om de afaceri în vârstă de 30 de ani, era puternic excitat de femeile cu păr lung şi blond. Dacă întâlnea o astfel de femeie pe stradă, el devenea atât de excitat încât băga mâna în buzunar şi se masturba.

Pacientul trăia în concubinaj cu o femeie blondă cu părul lung şi avea o mare satisfacţie atunci când o ajuta să-şi şamponeze părul. Orice contact cu părul femeii îi provoca o stare de excitaţie foarte puternică. Nici o altă parte a corpului partenerei nu-l atrăgea. Anamneza a evidenţiat faptul că în spatele acestui comportament se ascundea, de fapt, teama că subiectul nu va reacţiona sexual. Tim se considera un „monstru" şi se culpabiliza permanent pentru faptul că nu-l interesa nimic altceva decât părul femeilor. Mesajul său inconştient era: „dacă voi renunţa la fetişul meu, voi deveni asexuat." Când pacientul se masturba, toate fanteziile sale erotice erau legate de păr.

Terapeutul a utilizat tehnica reţinerii de la orgasm pentru a-l determina să devină interesat şi de alte părţi ale organismului feminin. În mod concret s-a procedat astfel:

– atunci când pacientul se masturba şi ajungea la momentul ejaculării, el trebuia, în mod deliberat, să schimbe imaginea mentală şi să se gândească la alte zone ale corpului partenerei (sâni, şolduri, organe genitale). În felul acesta subiectul a început să asocieze senzaţiile erotice cu imaginile respective.

Tim a devenit capabil să menţină imaginile alese pentru perioade tot mai lungi, el ajungând să se poată masturba şi fără să-şi imagineze scene legate de părul femeilor. În viaţa de zi cu zi, Tim a început să reacţioneze tot mai mult la femei în general, nu numai la părul acestora. O dată eliberat de teama că nu va reacţiona sexual, pacientul a renunţat la fetişul părului şi a început să reacţioneze şi să se comporte normal în plan sexual.

Capitolul 12

Psihoterapia comportamentală și cognitiv-comportamentală pentru subiecții cu teamă de a se angaja în relații apropiate cu ceilalți

Majoritatea oamenilor, cu excepția schizofrenicilor și psihopaților schizoizi, caută apropierea de alte persoane, în absența acesteia ei simțindu-se niște ființe incomplete și nerealizate. Cu toate acestea, există subiecți care deși doresc sincer să intre în relații calde cu ceilalți nu reușesc acest lucru datorită anxietății exagerate.

O relație apropiată presupune înțelegerea celuilalt, precum și faptul că acesta din urmă ne înțelege pe noi, împărtășirea unor sentimente, gânduri, preocupări, cu alte cuvinte o relație cu o puternică componentă empatică. Față de o persoană cu care am realizat relații apropiate nu avem nevoie să ne ascundem în dosul unor măști, putând să ne comportăm firesc, spontan, să fim noi înșine.

Fensterheim și Jean Baer (1977) disting mai multe tipuri de relații apropiate.

I. Relații bazate pe o apropiere limitată

1. Apropiere limitată situațional

Acest tip de relație se bazează pe trăirea unei experiențe comune. Poate cel mai sugestiv exemplu de astfel de apropiere o constituie relația dintre camarazii din armată. Relații asemănătoare pot avea loc și între colegii de birou, când aceștia ajung să-și facă unele confidențe, dar, de regulă, aceste relații își mențin un anumit caracter periferic.

Contrar opiniei comune, aceste relaţii implică rareori sexul, iar dacă totuşi se întâmplă acest lucru, relaţia sexuală are un caracter secundar şi nu reprezintă cauza relaţiei interpersonale.

2. Apropiere limitată în timp

Acest gen de relaţie apare frecvent între amanţi, mai ales când unul dintre ei este căsătorit, dar şi între prieteni. Timpul petrecut împreună cu partenerul este plăcut şi gratificant, dar relaţia nu este totuşi de importanţă majoră pentru subiectul în cauză. Acelaşi tip de relaţie poate să apară între pacient şi terapeut în anumite tipuri de psihoterapie.

3. Apropierea limitată psihologic

În aceste situaţii, indivizii interacţionează limitat; de exemplu, comunică doar în plan intelectual.

4. Pseudoapropierea

Există oameni care caută apropierea, simt nevoia acesteia, dar datorită inhibiţiilor şi anxietăţii nu pot ajunge la aceasta. Aceşti subiecţi se autoînşeală considerând că au ajuns la astfel de relaţii, deşi contactele lor cu ceilalţi sunt formale şi superficiale.

II. Relaţiile bazate pe o apropiere reală şi autentică

Acest tip de relaţii nu implică limitări dictate de timp sau de situaţii şi implică o comunicare autentică, ce cuprinde atât aspecte banale, cât şi împărtăşirea unor sentimente profunde.

Interacţiunile au loc la toate nivelurile sistemului personalităţii, iar obiectivul acestei relaţii este o fuziune de tip empatic cu celălalt.

Relaţiile de apropiere autentică au la bază următoarele aspecte:

a) Dragostea, care reprezintă baza acestui tip de relaţie. Aceasta presupune în primul rând să-l iubim pe partenerul nostru şi apoi să fim iubiţi de acesta.

b) Respectul, care implică acceptarea individualităţii şi demnităţii partenerului nostru. Aceasta nu înseamnă că trebuie să fii necondiţionat de acord cu tot ce gândeşte, spune, face sau simte partenerul de viaţă. Nu trebuie să-i tolerăm greşelile şi slăbiciunile, în schimb trebuie să-i apreciem meritele şi calităţile. Într-o

relație de intimitate reală trebuie să ajutăm evoluția partenerului nostru și să-i respectăm drepturile și libertățile.

c) Încrederea reciprocă

Partenerul poate să nu fie de acord cu noi, poate chiar să se certe cu noi, dar în spatele acestor lucruri se simte o încredere profundă, în sensul că acesta ne acceptă în totalitate ca persoană.

d) Acceptarea responsabilității

Într-o relație cu adevărat apropiată subiectul își asumă anumite obligații, precum și riscul de a nu mai fi în totalitate liber. De dragul menținerii relației, aceste limitări sunt acceptate voluntar.

Așa cum am mai subliniat, majoritatea oamenilor doresc să realizeze astfel de relații, dar din păcate mulți dintre ei se structurează în așa fel pe parcursul vieții încât ajung să se teamă să se deschidă psihologic față de alte persoane. Teama poate conduce la inhibarea sentimentelor de dragoste, respect și încredere reciproce.

De pildă, Alexandru, un arhitect deosebit de talentat, în jur de 37 de ani, a fost crescut de părinți într-o atmosferă deosebit de severă și restrictivă. El a crescut cu o teamă teribilă de a accepta limitările impuse de o altă persoană. Pe măsură ce a înaintat în vârstă, Alexandru a manifestat tot mai mult tendința de a se revolta sau de a evita tot ceea ce îi era impus de către altcineva. Deși elev și student strălucit, el întârzia mereu să-și prezinte lucrările și proiectele și intra în conflict cu profesorii. În timpul stagiaturii întârzia frecvent la serviciu, pleca mai devreme sau refuza să execute ceea ce i se cerea. După un timp, Alexandru și-a deschis o firmă și deoarece nu mai avea nici un șef, a progresat profesional în mod incredibil. Cu toate acestea, viața lui personală nu a evoluat prea strălucit. Nu s-a căsătorit pentru a nu fi obligat să respecte anumite reguli impuse de altcineva, iar relațiile cu femeile erau superficiale și sporadice, în ciuda aspectului său fizic foarte atrăgător.

Anxietatea îl poate determina pe subiect să se teamă să realizeze acele acțiuni care au menirea de a declanșa și menține sentimentele de dragoste, încredere și respect. Cel mai frecvent, teama îl împiedică pe subiect să comunice cu celălalt în mod liber și deschis, ceea ce blochează realizarea unei relații de intimitate.

Mai mult, frica şi încordarea unuia dintre parteneri se transmit şi celuilalt, care răspunde, la rândul său, în mod tensionat şi astfel relaţia se deteriorează gradat.

În astfel de situaţii, partenerii încep să se comporte în mod artificial:

– susţin că nutresc sentimente pe care nu le nutresc cu adevărat;

– pretind că îl iubesc pe celălalt, deşi nutresc sentimente de ostilitate;

– pretind că sunt calmi atunci când sunt nervoşi;

– discută în contradictoriu despre probleme neimportante, ignorându-le pe cele importante.

În acest mod relaţia devine din ce în ce mai superficială şi neautentică până când se deteriorează total. Foarte multe persoane care suferă de astfel de probleme nu realizează că anxietatea este cauza fundamentală a acestora. Ei consideră că discută despre alte lucruri, fără a sesiza implicarea stării de teamă în generarea conflictelor pe care le declanşează.

Astfel, Matei şi Nora au început să se certe violent după ce au avut invitaţi la masă. Nora a atacat în mod violent spunând: „tu ai monopolizat întreaga discuţie şi ai spus numai prostii." Femeia nu şi-a dat seama că în spatele afirmaţiilor ei agresive se ascundea teama că ceilalţi n-o să-i agreeze şi că vorbăria lui Matei îi va determina pe prieteni să nu-i mai viziteze. Această teamă a determinat-o pe Nora să facă de fapt acelaşi lucru, şi anume să-l potopească pe soţul ei cu o „ploaie" de cuvinte aspre. La rândul său, Matei a vorbit prea mult în timpul petrecerii de teamă de a nu fi ignorat.

Cei doi soţi care se certau erau ferm convinşi că discuţia se referea la bunele maniere, când de fapt problema o constituia teama care-i stăpânea pe cei doi.

Persoana stăpânită de teamă în domeniul relaţiilor interpersonale consideră, de cele mai multe ori, că partenerul său este vinovat de tot ceea ce se petrece sau, dimpotrivă, se culpabilizează în exces. Aceste manifestări nu reprezintă altceva decât mecanisme de apărare împotriva anxietăţii şi reacţiilor de tip fobic. Tot datorită

fricilor cu carcater patologic subiectul nu face altceva decât să-l determine pe partenerul său să declanşeze exact acel comportament de care se teme. Astfel, un soț devine anxios şi deprimat atunci când soția „părăseşte terenul" (pleacă în altă cameră sau pleacă de acasă). Aceasta „învață" foarte repede că atunci când ea doreşte să-şi exprime nemulțumirea față de partenerul ei este indicat să părăsească încăperea. În felul acesta soțul nu a făcut decât să-şi învețe soția cum să-l lovească mai eficient şi anxietatea sa se accentuează. Acest fenomen declanşează reacția anxioasă şi la parteneră, care începe să se teamă de faptul că nu are un soț puternic pe care să se poată baza.

Din dorința de a-şi masca sau minimaliza reacția de teamă, adesea indivizii pun în acțiune comportamente de camuflare şi atitudini false, ca în exemplele de mai jos:

a) Soția se plânge de faptul că soțul citeşte romane polițiste pe parcursul întregului weekend. Ea se teme foarte tare să nu fie cumva exploatată, să nu se profite de ea. Teama ei irațională o face să-şi sâcâie tot mai mult soțul, interzicându-i să citească romanele sale preferate. (Soția are şi un motiv real să fie nemulțumită, dar teama ei patologică nu face decât să amplifice situația). Cu cât ea îi impune mai mult soțului ce anume să facă, cu atât acesta se încăpățânează mai tare. În momentul în care soția acceptă să ignore hobby-ul soțului, acesta manifestă tendința de a renunța la el, măcar parțial.

b) O altă soție se plânge de faptul că soțul ei este permanent la dispoziția mamei lui, petrecându-şi cea mai mare parte a timpului făcându-i acesteia servicii. Atitudinea acestei soții are la bază două temeri fundamentale: este în competiție cu soacra şi se teme de faptul că soțul ei nu este suficient de puternic pentru ea. Ea îşi spune frecvent în gând: „este un om slab dacă mama lui face ce vrea din el"; „şi eu aş proceda la fel, dar nu vreau!". La rândul său, soțul se teme şi el de dopuă lucruri: se teme să n-o supere pe mama lui, precum şi de faptul că dacă ar asculta-o pe soție ar transforma relația cu aceasta într-o relație asemănătoare cu cea pe care o are cu mama.

Între cei doi se acumulează tot mai multe tensiuni şi nici unul dintre ei nu poate decide dacă relaţia cu mama este firească sau nu. Datorită stării confuze şi nevoii de a lupta împotriva presiunii exercitate de soţie asupra sa, soţul devine din ce în ce mai îndatoritor faţă de mamă, parcă spunându-şi în gând: „sunt un om liber şi fac ce vreau". Soţul preferă să lupte pentru o independenţă aparentă în loc să aibă o discuţie deschisă cu soţia în legătură cu cât de mult timp trebuie, în calitate de cuplu, să-i consacre mamei. În acelaşi timp, soţia îşi maschează nesiguranţa interioară dând vina pentru tot ce se întâmplă pe slăbiciunea soţului.

În situaţiile de mai sos, indivizii reacţionează conform propriilor conflicte interioare şi anxietăţii şi nu în acord cu cerinţele situaţiei reale; în acest mod comunicarea bazată pe afecţiune, respect şi încerdere este blocată.

Stiluri de viaţă bazate pe reacţii de tip fobic

Ca o consecinţă a anxietăţii şi reacţiilor fobice care le guvernează conduita, oamenii pot adopta mai multe stiluri de comportament (după Fensterheim şi Jean Baer, 1977):

1. „Martirul"

Acest model se bazează pe o puternică teamă de a fi rejectat, de a nu fi agreat sau de a fi obiectul ostilităţii partenerului. În aceste condiţii nu se pot dezvolta sentimente de încredere reciprocă. Subiectul nu ţine seama de propriile sale nevoi şi dorinţe şi face permanent ceea ce crede că doreşte partenerul de la el. El nu admite că ar putea avea dreptate şi că celălalt ar putea greşi, ajungând să se mintă pe sine. Rezultatul este acumularea unor resentimente mascate.

2. Partenerul „dur"

Subiectul este îngrozit de exprimarea oricăror sentimente de tandreţe sau afecţiune. Nu numai că este incapabil să le exprime, dar nici nu suportă să le primească din partea celuilalt. Dacă partenerul său manifestă afecţiune faţă de el, acesta schimbă ime-

diat subiectul. Teama care se ascunde în spatele acestui tip de comportament ar putea suna cam așa: „dacă voi scoate la iveală sentimente de dragoste sau tandrețe voi fi vulnerabil și voi fi ușor lovit". Acest tip de comportament poate avea două consecințe: subiectul devine rece și detașat și în al doilea rând el trezește suspiciuni la partenerul său, care se întreabă mereu dacă acesta ține într-adevăr la el.

Există și situația inversă, care se manifestă însă ceva mai puțin frecvent. Individul se teme să-și exprime tandrețea față de partener de teama de a nu-l răni pe acesta.

Astfel, un pacient spunea la un moment dat terapeutului său:

„Desigur că aș putea să-i spun că o iubesc, dar în acest caz ea va considera că dragostea mea este pentru toată viața și de unde să știu eu dacă o voi mai iubi la fel peste 10 ani și atunci ea va suferi". Bărbatul nu i-a mărturisit niciodată partenerei dragostea sa și rezultatul a fost că ea s-a simțit cu adevărat lovită. Acest individ nu a manifestat respect pentru parteneră, neacordându-i dreptul de a decide dacă este sau nu dispusă să riște de a fi lovită mai târziu de dragul unei relații apropiate în prezent.

3. „Gelosul" – partenerul care dorește să fie mereu împreună cu celălalt

Acesta nu-i permite partenerului său să desfășoare acțiuni independente pentru că este terorizat de ideea că acesta ar putea întâlni o altă persoană care l-ar determina să-l părăsească. Pentru a preîntâmpina o astfel de situație, acesta aranjează lucrurile astel încât toate acțiunile să fie realizate în comun.

Astfel, de pildă, o pacientă s-a prezentat la psihoterapie pentru dispoziție depresivă și scăderea randamentului profesional, anxietate și insomnii. Ea i-a spus terapeutului că nu înțelege ce anume se petrece cu ea, deoarece are o căsnicie model. La o analiză mai atentă, lucurile nu stăteau chiar așa. Cei doi au fost colegi de grupă și s-au căsătorit încă din facultate. După nașterea copilului soția a rămas un timp acasă. Când copilul a mai crescut, ea a simțit nevoia să-și umple timpul cu ceva și s-a înscris la un curs

de limba engleză. Soţul s-a înscris şi el la cursul respectiv. Mai târziu s-a înscris la un curs de calculatoare, ceea ce a făcut şi soţul.

La un moment dat soţia a dorit să intre în serviciu şi, bineînţeles, soţul i-a aranjat un post la firma pe care o conducea. Rezultatul a fost că soţia a început să simtă că este sufocată, personalitatea îi este ştirbită şi a dezvoltat o simptomatologie de tip nevrotic.

La interviul cu terapeutul, soţul a spus: „Elvira este cea mai extraordinară femeie din lume şi nu sunt sigur că o merit". În spatele acestei afirmaţii se ascundea teama soţului că partenera sa va întâlni la un moment dat pe altcineva şi îl va părăsi. În mod inconştient el nu făcea altceva decât să-i minimalizeze şansele de a întâlni un alt bărbat.

4. Partenerul „jandarm"

Acesta este dominat de teama de a nu fi criticat; or, cineva nu este criticat doar atunci când face totul perfect. Din acest motiv, subiectul se străduieşte să facă lucrurile cât mai bine şi în acelaşi timp îi ordonă şi partenerului acelaşi lucru. Ceea ce trebuie făcut trece pe primul plan şi individul, ca şi cuplul, devin victima lui „trebuie" („Nu putem ieşi la plimbare pentru că trebuie să facem curăţenie"; „Nu putem sta împreună pentru că trebuie să mergem la spital la mătuşa bolnavă etc."). Este evident că într-o astfel de relaţie orice element de satisfacţie este absent.

5. „Contabilul"

Acest individ este dominat de teama că ar putea fi exploatat, că se profită de pe urma lui. Acesta minimalizează tot ce face partenerul şi exagerează ceea ce face el. Atunci când celălalt îi trasează o sarcină, el devine morocănos şi certăreţ. Are permanent impresia că i se cere să facă mai mult decât ar fi necesar şi ţine o evidenţă strictă referitoare la ce face el şi la ceea ce face pentru familie partenerul său.

6. „Copilul mare"

Teama care domină acest tip de persoană este fie teama de separare, fie teama că şi-ar putea necăji părinţii (cel mai frecvent întâlnită). Deşi căsătorit de mulţi ani, subiectul este încă depen-

dent de mama sau tata, care știu mai bine ce trebuie făcut și care sunt informați zilnic în legătură cu viața cuplului. Datorită faptului că individul „nu a tăiat cordonul ombilical", relația de cuplu este afectată.

7. „Strângătorul"

Acesta este dominat de teama patologică de a nu cheltui bani, de sărăcie, de a cheltui bani care nu-i aparțin sau într-un mod cu care nu este de acord. Această teamă irațională poate declanșa tensiuni nejustificate între parteneri, precum și exigențe absurde impuse partenerilor.

Există și situația inversă, când teama patologică de sărăcie îl poate determina pe subiect să cheltuiască banii în mod absurd, ceea ce, de asemenea, generează conflicte la nivelul cuplului.

În cadrul unei relații apropiate de cuplu, una din limitările care trebuie acceptată este faptul că decizia cu privire la modul în care se cheltuiesc banii trebuie să fie comună. Acest lucru determină discuții și negocieri, care trebuie să conducă inevitabil la relații deschise și apropiate.

8. „Claustrofobicul"

Teama care domină acest individ este teama că va fi prins în capcană. În spatele acestei frici pot sta și alte tipuri de teamă, cum ar fi teama de a sta pe propriile picioare, teama de singurătate, teama că nu se va descurca singur etc. Toate acestea îl fac pe subiect să trăiască tensional sentimentul că nu va putea rupe o relație atunci când va dori s-o facă.

Interesant este faptul că dacă subiectul reușește să se elibereze de această teamă, în mod paradoxal relația nu se deteriorează, ci se ameliorează.

Anxietatea, fricile și fobiile pot influența evoluția unei relații apropiate. Acest lucru este valabil și pentru fobiile cu caracter foarte concret (de pildă, fobia pentru câini poate produce tensiuni în familie în cazul în care unul dintre parteneri are pasiune pentru aceste animale, iar celălalt fobie), dar mai ales pentru fobiile sociale.

Autorii mai sus menționați insistă mai ales asupra următoarelor tipuri de fobii sociale care afectează relațiile interpersonale:

1. Teama de a fi abandonat

Subiectul consideră că dacă ar fi cumva părăsit de partenerul său s-ar produce o catastrofă. El se simte incapabil să facă față cerințelor lumii exterioare, pe care o consideră ostilă, punând în acțiune o atitudine imatură față de viață. Gândurile care îi trec frecvent prin minte unei astfel de persoane sunt de tipul: „dacă o să-l fac fericit, el nu va părăsi o persoană lipsită de apărare ca mine".

Teama de abandon declanșează gelozii nefondate și accentuează geloziile, care ar putea avea un temei real. Pentru a nu fi abandonat, subiectul suportă absolut orice tip de relație, indiferent cât de mare ar fi costul acesteia. La un moment dat, relația poate deveni de netolerat, încât subiectul în cauză este cel care o rupe, deoarece pentru el a rupe relația devine o situație mai puțin anxiogenă decât a fi părăsit de celălalt.

Există și situații în care, tot datorită fricii că partenerul l-ar putea părăsi murind, pacientul consideră orice semn de boală fizică la partenerul său ca fiind o amenințare deosebit de puternică, fapt ce contribuie la supradimensionarea unor simptome minore.

Astfel, un bărbat de 37 de ani s-a prezentat la medic pentru dureri ușoare în zona coloanei vertebrale, senzație de oboseală și lipsă de energie. Controalele medicale nu au evidențiat nimic patologic. Pacientul în cauză a consultat mai mulți medici, rezultatul fiind același. În cele din urmă acesta a fost trimis la un cabinet de psihoterapie. În urma interviului clinic a rezultat că problema era de fapt a soției sale, Marcela.

Acesteia i-a decedat mama când avea 10 ani, lucru care a afectat-o atât de mult încât a fost nevoită să întrerupă școala. Pe tot parcursul școlii generale și liceului ea a fost în evidența unui cabinet de neuropsihiatrie infantilă pentru tulburări nevrotice. Marcela s-a căsătorit imediat după terminarea liceului și la scurt timp i-a murit tatăl, ea făcând o tulburare depresivă care a necesitat spitalizarea.

În momentul de față, Marcela era terorizată de ideea că soțul ei va muri și va rămâne singură. Din acest motiv, ea amplifica orice simptom cât de mic al soțului, trimițându-l la pat și

acordându-i tot felul de îngrijiri. Soțul a acceptat grija și atenția soției sale, care nu au făcut altceva decât să-l antreneze pentru rolul de bolnav.

În acest caz, terapeutul a fost nevoit să înceapă psihoterapia cu soția, care a fost supusă unui program de desensibilizare sistematică în plan imaginativ. Ea a fost învățată să se relaxeze după ce avea mental gânduri și imagini terifiante: „Medicul a spus că Ion trebuie să se interneze în spital"; „I s-a descoperit o boală gravă și va muri"; „Ion a murit și sunt singură acasă" etc.

Pentru a rezolva problema soțului, terapeutul a folosit un demers combinat cu elemente de psihoterapie strategică. I s-a indicat drept sarcină pentru acasă să realizeze în fiecare weekend un program activ, care să cuprindă mult exercițiu fizic și să execute acest program indiferent dacă avea sau nu chef. În același timp i s-a indicat să respecte următoarea regulă: să nu discute cu soția despre starea sa de sănătate decât atunci când avea temperatură de cel puțin 38° C (cu excepția a 5 minute în fiecare seară când el trebuie să adreseze soției sale plângeri imaginare în legătură cu starea sa fizică). Soția trebuia să asculte aceste plângeri și să rămână relaxată. În cazul în care soțul încălca regula și vorbea despre starea sănătății sale în altă perioadă a zilei, Marcela era instruită să-l ignore.

În felul acesta, terapeutul a desensibilizat-o de frica ei patologică legată de faptul că soțul va muri și a destructurat deprinderea soțului de a se comporta ca un bolnav.

2. Teama (fobia) de schimbare

Există persoane care se tem teribil să introducă lucruri noi sau să modifice ceva în felul în care fac anumite lucruri (se tem să-și schimbe locuința, deși au ocazia să găsească alta mai confortabilă și cu chirie mai mică, refuză sub diferite pretexte să schimbe serviciul, merg ani la rând în concediu în același loc, nu își fac sub nici un motiv prieteni etc.).

Acest gen de teamă are o influență negativă asupra relației de cuplu, deoarece conduce la rigidizare și la monotonie. Pentru a fi viabilă o relație de cuplu trebuie să fie dinamică, activă, permițând evoluția și maturizarea celor doi parteneri.

3.Teama de propria slăbiciune

Persoanele care suferă de acest tip de tulburare consideră toate fricile, îndoielile şi anxietăţile lor ca fiind semne de slăbiciune şi se tem să le exprime deschis. Aceşti subiecţi se tem şi de faptul că ar putea comite vreo greşeală sau de faptul că nu „stau pe propriile lor picioare". Din acest motiv ei nu acceptă nici un fel de compromisuri şi au expectaţii exagerate faţă de partenerii lor.

Casandra, medic cardiolog, de 35 de ani, a fost crescută de o bunică nemţoaică; aceasta i-a inoculat de timpuriu atitudinea că este ruşine să fii un om slab. În familia ei de origine nu se discuta niciodată despre trăiri sau sentimente şi toată lumea ştia foarte precis ce este rău şi ce este bine. Dacă cineva greşea, acesta era un semn că era un om slab. După terminerea facultăţii ea s-a căsătorit tot cu un medic, fost coleg de facultate, care afişa o aparenţă de calm şi nu discuta niciodată despre problemele sale. Casandra a avut impresia că acesta este un om puternic pe care te poţi baza, fără să observe că el avea accentuate trăsături nevrotice şi că problema lui constă în incapacitatea de comunicare şi de autodezvăluire. Totul a mers relativ bine până când soţul, în urma unor neînţelegeri la servici, a făcut o decompensare nevrotică şi a fost spitalizat într-o secţie de psihiatrie. După încheierea spitalizării i s-a recomandat psihoterapie. După câteva şedinţe de psihoterapie soţul a început să devină mai comunicativ şi mai deschis, manifestând tendinţa de a discuta despre sentimentele şi problemele sale, fapt ce a declanşat la soţia sa o reacţie extrem de violentă. Ea a început să-i spună soţului tot felul de istorii despre efectele negative ale psihoterapiei, reproşându-i în acelaşi timp faptul că aruncă banii degeaba. La scurt timp soţia a declanşat, la rândul ei, o criză depresivă, care a necesitat intervenţie de specialitate.

4. Teama de a nu fi pe deplin înţeles

Subiecţii cu această problemă se tem de faptul că nu vor putea realiza o relaţie empatică de comunicare cu partenerul şi că vor rămâne toată viaţa singuri şi neînţeleşi. Ei se tem, de asemenea, să-şi etaleze sentimentele şi trăirile profunde pentru că le este foarte greu să suporte ideea că celălalt nu ar înţelege ce anume se petrece

cu ei, iar în absența autodezvăluirii relația bazată pe înțelege reciprocă pe care și-o doresc atât de mult nu se poate produce.

Unele persoane din această categorie încearcă să-și testeze partenerul, trimițându-i mesaje codificate pe care acesta bineînțeles că nu le recepționează, fapt ce le amplifică anxietatea. Astfel, de pildă, soția se plânge că o doare capul, dorind de fapt să spună că este supărată deoarece a avut necazuri la servici. Soțul preia mesajul „ad-literam" și îi oferă o aspirină. Ea se simte teribil de deprimată că el nu a sesizat problemele ei pe care le-a abordat în treacăt, spunându-și în gând: „el nu mă va înțelege niciodată cu adevărat".

5. Teama de a se recăsători

Acest gen de teamă reprezintă o combinație de elemente care au la bază atât fapte reale, cât și amplificări de tip imaginativ. Atâta timp cât acest gen de temeri sunt înțelese clar și abordate frontal, ele nu capătă un caracter patologic.

Psihoterapia cognitiv-comportamentală consideră că interacțiunile din cadrul cuplurilor care nu se înțeleg s-ar afla sub influența controlului aversiv, adică aceste interacțiuni sunt controlate prin intermediul sancțiunilor sau prin intermediul amenințărilor. Intervenția terapeutică are menirea să deplaseze accentul de la controlul aversiv la cel pozitiv, soții comportâdu-se în așa fel încât să-și dea satisfacție unul altuia.

Teoria învățării sociale a lui Bandura (1977) a contribuit la o mai bună înțelegere a proceselor cognitiv-perceptive care au importanță în cadrul lucrului cu cuplurile aflate în conflict. Clinicianul trebuie să evidențieze și atribuirile pe care soții le realizează în raport cu propriul comportament și cu cel al partenerului.

Atribuirile reprezintă credințele pe care le au soții în legătură cu cauzele comportamentelor. Terapeutul trebuie să evidențieze și modul în care fiecare soț interpretează impactul propriului comportament sau al comportamentului partenerului său. Un terapeut abil trebuie să-și focalizeze intervenția pentru a modifica *stilurile atribuțional și cognitiv* ale pacienților săi.

Cuplurile sau indivizii solicită terapie maritală pentru o gamă largă de probleme, cum ar fi:

– certuri grave şi frecvente;
– probleme pe care nu le pot rezolva;
– nepotriviri sexuale;
– o satisfacţie vagă şi nespecifică în ceea ce priveşte relaţia din cadrul cuplului;
– senzaţia că sunt prinşi într-un fel de „capcană".

Uneori, o relaţie extraconjugală sau o schimbare majoră în viaţă contribuie la decizia de a solicita terapie de familie. Problemele maritale pot reprezenta şi motivul pentru care unul sau ambii parteneri solicită psihoterapie individuală. Adesea, în astfel de cazuri, soţul refuză să-şi acompanieze partenerul la psihoterapie. Se întâmplă şi ca problemele de familie să nu fie identificate ca fiind cauza dificultăţilor curente ale persoanei. Probleme maritale pot fi implicate şi când persoana se adresează terapeutului pentru depresie, anxietate sau acuze somatoforme.

Cauzele conflictelor maritale în viziunea cognitiv-comportamentală

Cuplurile care nu se înţeleg au puţine interacţiuni pozitive care oferă satisfacţii şi multe interacţiuni negative caracterizate prin supărare, blamare şi pedepsire. Interacţiunile din cadrul cuplurilor care nu se înţeleg se caracterizează frecvent prin *comportamente negative reciproce*; dacă un partener reacţionează negativ, celălalt este înclinat să-i răspundă în acelaşi mod şi se produce un lanţ de interacţiuni negative (Gottman, 1979).

Componentele conflictului reprezintă expectaţiile negative ale unui soţ faţă de celălalt, precum şi comportamentele negative reciproce (escaladarea criticii). Cuplurile perturbate sunt excesiv de reactive la evenimentele pozitive sau negative care se produc, fluctuaţia acestor evenimente având o influenţă puternică asupra modului în care cuplul evaluează relaţia la un moment dat (Jacobson, Follette şi McDonald, 1982).

Cuplurile care se înţeleg sunt mai puţin afectate de variaţii ale relaţiilor. Această reactivitate crescută sporeşte şansele neînţele-

gerilor și a comunicării slabe (de exemplu: unul dintre soți se așteaptă să fie criticat și reacționează agresiv chiar la o întrebare neutră legată de faptul dacă a îndeplinit sau nu o îndatorire casnică). Pentru că soții s-au obișnuit să se simtă atacați, ei nici nu mai ascută cu atenție ceea ce li se spune, în schimb pregătesc contraatacul.

O altă caracteristică a relațiilor conjugale perturbate constă și din incapacitatea de a rezolva un conflict. Lipsa abilităților de a soluționa conflicte lasă un număr mare de astfel de conflicte nerezolvate în istoria cuplului, fapt ce contribuie la expectațiile negative cu privire la posibile conflicte viitoare, cât și la o mai slabă angajare constructivă în rezolvarea problemelor cuplului.

Întărirea procesului de destructurare (eroziune) a cuplului apare atunci când partenerii au pierdut satisfacția care a fost cândva prezentă în cadrul relației lor. Acest proces poate fi atribuit habitării: comportamentele care produceau cândva satisfacție și-au pierdut din importanță. Partenerii încetează să-și mai aprecieze eforturile reciproce, le consideră de la sine înțelese sau pot avea noi trebuințe pe care partenerii lor nu au învățat să le satisfacă. În același timp, unul sau ambii parteneri au încetat să facă acele mici lucruri plăcute menite să întărească sentimentele calde dintre ei.

Toți factorii menționați pot fi integrați într-un pattern destructiv de comportament care implică: neglijare, critică, certuri, expectații și convingeri negative cu privire la partener și la relația în sine.

Terapia începe, de regulă, cu 2-3 ședințe de evaluare, cu excepția situației când este vorba de o criză familială acută. Scopul evaluării constă în a stabili măsura în care cuplul se potrivește pentru psihoterapia de familie, cât și pentru a evidenția care este problema cuplului. Partenerilor li se atrage atenția asupra faptului că în perioada evaluării nu se vor obține modificări în funcționarea cuplului.

Interviul inițial trebuie focalizat direct pe problema cuplului. Se adresează întrebări de genul: „Ce anume v-a determinat să vă adresați psihoterapeutului?"

Terapeutul trebuie să acorde ambilor parteneri timp suficient pentru a-și exprima problema. Dacă unul din parteneri are tendința

de a-l întrerupe pe celălalt, acest comportament trebuie notat, deoarece este semnificativ, dar trebuie în acelaşi timp stopat imediat.

Important este şi aspectul de cât timp cuplul a observat că există o problemă, ce anume s-a întreprins pentru a o depăşi (inclusiv alte tentative de psihoterapie), ce anume a dat rezultate şi ce nu a dat.

Dacă cei doi parteneri au urmat o psihoterapie care nu a dat rezultate, terapeutul trebuie să aibă grijă să nu mai utilizeze aceleaşi metode pentru a nu-şi pierde credibilitatea.

Terapeutul trebuie să-i ajute pe clienţii săi să-şi exprime problema în termeni comportamentali. De exemplu: „El nu-mi dă nici o atenţie!" este o exprimare vagă. Terapeutul trebuie să întrebe: „Ce înseamnă pentru tine a-ţi da atenţie? Dă-mi exemple de ceea ce trebuie el să facă pentru ca tu să spui că îţi dă atenţie".

Este foarte important ca terapeutul să afle cine a iniţiat psihoterapia, cum apreciază fiecare partener faptul că urmează o psihoterapie şi care sunt expectaţiile fiecărui membru al cuplului în raport cu terapia.

În cazul în care ambii parteneri doresc să participe la psihoterapie, terapeutul poate începe terapia aşteptându-se la participarea activă a membrilor cuplului. Dacă unul sau ambii soţi sunt reticenţi în legătură cu expectaţiile şi dorinţa de a participa la psihoterapie, în cursul celei de-a treia şedinţe de evaluare se va lua decizia dacă cuplul este potrivit pentru psihoterapie.

Terapeutul trebuie să se informeze în detaliu şi în legătură cu istoria relaţională a cuplului: cum s-au întâlnit, ce i-a atras unul la altul, ce lucruri pozitive au trăit împreună şi cum au luat decizia să se căsătorească.

Aici terapeutul trebuie să deplaseze accentul pe aspectele pozitive din cadrul istoriei cuplului, pentru că atunci când se prezintă la terapie partenerii sunt centraţi excesiv pe aspectele negative ale relaţiei lor. În acelaşi timp, terapeutul trebuie să solicite soţilor să rămână împreună în timpul terapiei şi nici unul să nu se angajeze în perioada respectivă în relaţii extraconjugale.

Interviurile individuale

După ședința inițială cu ambii parteneri se acordă câte o ședință individuală de circa 30-45 de minute pentru fiecare membru al cuplului. Fiecărui pacient i se pot adresa și întrebări mai directe, cum ar fi:

„Îți iubești soțul?"

„Îți place partenerul tău?"

„Dacă ai avea o baghetă magică și ai putea să-ți faci căsnicia ideală, cum ar arăta aceasta?"

Ședințele individuale au și rolul de a-l informa pe terapeut în legătură cu eventualele contraindicații pentru terapia de familie, cum ar fi relații sexuale extraconjugale sau dorința de a divorța.

Interviul individual trebuie să exploreze și următoarele aspecte:

– psihopatologia individuală;

– dificultățile sexuale;

– abuzurile fizice și sexuale când pacientul era copil;

– istoria și particularitățile relațiilor semnificative din trecut;

– informații relevante despre familia de origine (relațiile pacientului cu familia sa, relațiile dintre părinți, pattern-urile de conflict în familia de origine, exprimarea emoțională în familia de origine).

În final, este important ca terapeutul să întrebe dacă ceva din cele discutate trebuie ținut secret față de celălalt partener.

Psihoterapia maritală nu este indicată când:

– unul din parteneri refuză să renunțe la o relație extraconjugală;

– când unul dintre parteneri (sau ambii) doresc divorțul;

– când există o istorie bazată pe relații instabile datorate tulburărilor de personalitate ale unuia sau ambilor membri ai cuplului;

– când unul din parteneri îl maltratează fizic pe celălalt, mai ales în cazul alcoolismului și toxicomaniei.

Interviul nr. 3 sau „masa rotundă" urmează interviurilor inițiale. Terapeutul prezintă punctele „tari" și „slabe" ale cuplului,

propune un plan de psihoterapie şi îşi exprimă eventualele îndoieli în legătură cu posibilităţile cuplului de a lucra asupra problemei sale. Se apreciază şi numărul de şedinţe de psihoterapie necesare.

Dacă terapeutul şi pacienţii cad de acord să lucreze împreună, terapeutul trebuie să sublinieze responsabilitatea cuplului în cadrul procesului de schimbare. Partenerii trebuie să facă efortul de a se schimba atât în timpul şedinţelor de psihoterapie, cât şi al sarcinilor pentru acasă.

Structura psihoterapiei

Este indicat să se realizeze o şedinţă de psihoterapie de 90 de minute, o dată pe săptămână, şedinţă ce cuprinde următoarele secvenţe:

– enunţarea tematicii şedinţei (5 minute);

– evaluarea progreselor terapiei (10 minute);

– discutarea temelor pentru acasă (15 minute);

– introducerea unor noi deprinderi de comportament (45 minute);

– teme pentru acasă până la şedinţa viitoare (15 minute).

Progresul în domeniul psihoterapiei se poate evalua cerând membrilor cuplului să aprecieze pe o scală gradată de la 1 la 10 nivelul de satisfacţie privind relaţia interpersonală în 12 domenii:

1. Consideraţie
2. Afecţiune
3. Responsabilităţi casnice
4. Îngrijirea copiilor
5. Activităţi sociale
6. Bani
7. Comunicare
8. Sex
9. Activităţi profesionale (învăţătură)
10. Independenţa personală
11. Independenţa partenerului
12. Apreciere globală: căsătoria ta; tu însuţi.

Acest gen de scale se completează atât în cazul temelor pentru acasă, cât și în timpul unei ședințe de psihoterapie. În cazul în care la problemele abordate în cursul terapiei nu se obțin ameliorări, terapeutul și pacienții trebuie să afle cauza și să acționeze asupra ei.

Din când în când terapeutul trebuie să testeze „pulsul" terapiei și atitudinea partenerilor unul față de celălalt prin întrebări frontale:

„Ce simți în legătură cu ceea ce am făcut în timpul terapiei?"

„Cum s-au modificat sentimentele tale față de partener sau față de situația de a fi căsătorit în urma terapiei?"

O metodă indirectă de a evalua progresele terapiei constă în a-i determina pe soți să-și reamintească ce anume s-a lucrat în timpul ședințelor de psihoterapie:

„Care au fost problemele asupra cărora am lucrat în timpul psihoterapiei în ultimele săptămâni și cum se potrivește ceea ce am făcut noi cu scopurile legate de psihoterapie?"

În felul acesta terapeutul îi ajută pe parteneri să conceptualizeze psihoterapia și să privească relația lor ca un proces care evoluează în timp, în contrast cu viziunea statică pe care o au cuplurile perturbate cu privire la relația lor (Nimic nu mai este de făcut!).

În cazul aprecierii temelor pentru acasă, terapeutul trebuie să pună accent pe laturile pozitive, pe ceea ce a mers bine și să recompenseze succesul. Dacă sarcina pentru acasă a mers prost, este important să se afle de ce: i s-a acordat prea puțin timp, soții s-au certat, a fost sarcina inadecvat aleasă (prea dificilă sau prea multe sarcini), nu a fost sarcina suficient de bine înțeleasă etc.

Dacă motivul pentru care sarcina pentru acasă nu a mers este neclar, o modalitate de a investiga problema este ca terapeutul să-i determine pe parteneri să repete sarcina în timpul ședinței de psihoterapie. În cazul în care cuplul nu și-a îndeplinit tema pentru acasă, este indicat să se amâne ședința de psihoterapie.

Caracteristicile terapeutului şi abordării terapeutice (Schmaling, Frunzetti, Jacobson, 1989)

1. Structurarea. Terapeutul trebuie să structureze timpul şedinţei de psihoterapie pentru a-şi îndeplini toate obiectivele. Acesta trebuie să controleze desfăşurarea conversaţiei şi să stopeze comportamentele destructive. (De exemplu, unul dintre parteneri poate începe o serie lungă de plângeri, ceea ce îl face pe celălalt să bată în retragere. În astfel de situaţii terapeutul trebuie să intervină cu promptitudine).

2. Stimularea colaborării dintre parteneri. Printr-o atitudine suportivă, fermă şi direcţionatoare terapeutul trebuie să dezvolte abilitatea cuplului de a-şi schimba comportamentul problematic şi în afara şedinţelor de psihoterapie. Aceasta implică atât stimularea colaborării, cât şi a responsabilităţii partenerilor şi în afara şedinţelor de psihoterapie.

3. Caracterul educaţional. Psihoterapia cognitiv-comportamentală maritală are un caracter psihopedagogic, sarcina majoră a terapeutului constând în a-i învăţa pe clienţi şi a modela noi tipuri de comportament. Feedback-ul reprezintă unul din principiile de bază ale învăţării din timpul psihoterapiei.

4. Crearea unor expectaţii pozitive. Este important ca psihoterapeutul să fie optimist şi entuziast în legătură cu progresul posibil, dar în acelaşi timp trebuie să fie şi realist. În cazul în care cuplul a realizat progrese însemnate este important ca terapeutul să prevadă unele recăderi pentru a preveni deziluzia clienţilor şi pentru a-şi spori credibilitatea.

5. Este important ca terapeutul să încurajeze reacţiile emoţionale ale partenerilor în timpul terapiei. Aceste exprimări emoţionale trebuie abordate cu înţelegere şi suport afectiv.

6. Echilibrarea alianţei dintre parteneri. Nu orice comentariu sau întrebare adresată unuia dintre parteneri trebuie contrabalansată imediat prin acordarea atenţiei celuilalt partener. Cu toate acestea intervenţiile asupra unuia sau celuilalt partener trebuie să fie relativ echilibrate. Acest lucru este dificil când unul din soţi este agresiv sau manipulativ.

Obținerea echilibrului nu înseamnă că terapeutul trebuie să producă modificări arbitrare la un partener numai pentru a obține modificări reale la celălalt.

De exemplu, dacă ambii soți lucrează și doar soția este responsabilă cu gospodăria și îngrijirea copiilor, iar ambii parteneri cad de acord că acest lucru nu este echitabil, atunci schimbările majore de comportament trebuie să le facă soțul. Rolul soției va consta în acest caz doar în a recunoaște și a recompensa eforturile acestuia.

Tehnicile psihoterapeutice

Terapia trebuie să debuteze cu reactualizarea unor sentimente calde prin solicitarea partenerilor de a-și spune unul altuia lucruri agreabile pentru a obține o ușurare de moment în raport cu problemele curente și pentru a construi o bază pentru intervențiile viitoare. Urmează acordarea unei atenții speciale îmbunătățirii comunicării, aceasta constituind o bază pentru demersul de a rezolva problemele în comun.

Apoi sunt abordate problemele sexuale și emoționale ale cuplului, iar ultimile ședințe de psihoterapie sunt dedicate prevenirii recăderilor și generalizării achizițiilor obținute în timpul terapiei. Se utilizează frecvent în cursul terapiei de cuplu și tehnici de management al conflictelor.

Schimburile comportamentale

Acestea angajează ambii parteneri în activități menite să crească satisfacția maritală reciprocă. Este vorba de un schimb de comportamente care să facă plăcere fiecărui partener. Acestea sunt comportamentele simple, care nu necesită efort și care pot fi înglobate în rutina zilnică.

Schimburile comportamentale sunt desemnate să inducă modificări pozitive pe termen scurt în modelele de comunicare ale terapiei timpurii, cât și în viața cotidiană, astfel încât să pună bazele lucrului asupra altor probleme de importanță majoră. Aceste schimburi comportamentale au și rolul de a contracara atenția selectivă pe care o acordă membrii cuplului interacțiunilor negative.

Schimburile comportamentale au loc mai mult în afara ședințelor de psihoterapie decât în timpul acestora. Motivele raționale care stau la baza acestor schimburi comportamentale sunt discutate cu membrii cuplului. Acestea sunt:

(1) Realizarea unui control asupra fericirii conjugale decât să se lase lucrurile la întâmplare sau ca un partener să aștepte ca celălalt să se modifice.

(2) Învățarea partenerilor să identifice acele comportamente care fac diferența dintre o zi bună și una proastă și care conduc la sentimente pozitive în cadrul relației.

(3) Conștientizarea faptului că menținerea unui mariaj bun necesită o rutină zilnică.

Fiecărui membru al cuplului i se adresează întrebări de genul următor: „Ce ai făcut pentru a spori satisfacția partenerului tău în ceea ce privește relația voastră?"

El este ajutat să identifice acele comportamente care vor avea efecte pozitive asupra partenerului (pot relua comportamente din perioada când făceau curte partenerului sau pot să-și imagineze ce ar trebui să întreprindă în cazul în care scopul lor în viață ar fi să-i facă plăcere partenerului etc.). Dacă un cuplu are dificultăți în a identifica respectivele comportamente pozitive, terapeutul îl poate ajuta să realizeze acest lucru prin intermediul unor chestionare. Fiecare partener este solicitat să realizeze o listă care să cuprindă cât mai multe idei în legătură cu ce ar trebui să facă pentru a-și mulțumi partenerul.

Un cuplu s-a prezentat la psihoterapie deoarece soția se plângea de faptul că soțul lucrează prea mult, nu o ajută în gospodărie și nu-i dă suficientă atenție. Deși soțul avea și el nemulțumiri, a fost realizată o listă preliminară în legătură cu ceea ce ar trebui el să facă pentru a spori satisfacția soției sale.

1. Să-i duc Marianei o ceașcă de cafea la pat înainte de a pleca la serviciu.
2. Să-i aduc un buchet de flori.
3. Să o invit la film.
4. Să o ajut la spălatul rufelor.

5. Să arunc gunoiul.
6. Să spăl mașina.
7. Să o întreb din când în când cum se simte.
9. Să fac cumpărăturile.
10. Să-mi cer scuze dacă sunt prea ocupat cu munca mea.

O dată lista elaborată, li se trasează membrilor cuplului sarcina să realizeze pe rând unele din acele lucruri. În același timp, partenerii sunt preveniți să acorde atenție eforturilor pe care le face celălalt partener de a le fi pe plac, aceste eforturi trebuind să fie recunoscute și recompensate.

Pentru că de multe ori schimburile comportamentale capătă un caracter automat, li se cere soților să spună care anume comportament ar dori ei să fie activat.

Adesea, unul din parteneri este convins că a făcut tot ce este posibil pentru a-i face pe plac partenerului său, dar acesta nu pare atât de încântat pe cât ar trebui și aceasta pentru că primul ignoră nevoile și preferințele celuilalt. Această dificultate este corectată de terapeut prin încurajarea comunicării și feedback-urilor dintre parteneri.

În cazul în care partenerii nu-și îndeplinesc temele pentru acasă, terapeutul trebuie să exploreze motivele care stau la baza acestui fapt. (Observarea a ceea ce se întâmplă în timpul schimburilor comportamentale îi dă terapeutului imaginea clară în ce măsură partenerii doresc cu adevărat să colaboreze pentru menținerea cuplului).

Intervenția cognitivă

În cadrul relațiilor emoționale perturbate, reacțiile emoționale ale partenerilor depind de gândurile lor cu privire la comportamentul partenerilor, de semnificația pe care i-o atribuie, mai mult decât de comportamentul în sine.

Învățarea pacientului să reinterpreteze comportamentul partenerului său reprezintă o intervenție terapeutică puternică, ce poate fi aplicată în orice moment al terapiei.

Terapeutul trebuie să fie permanent în gardă pentru a surprinde modalităţile distorsionate de gândire ale pacienţilor săi. Acestora trebuie să li se explice faptul că şi în cazul în care presupunerile lor cu privire la comportamentul partenerului sunt parţial adevărate, ei se vor simţi mai bine dacă vor gândi altfel despre respectivul comportament.

Un exemplu de interpretare eronată a unui comportament este cel în care în cadrul unui cuplu soţia interpreta faptul că soţul se juca cu copilul pe covor după ce venea de la serviciu ca pe un semn de lene. Terapeutul a întrebat-o pe soţie: „Cum ai putea interpreta şi altfel comportamentul soţului tău, lucru care te-ar face să nu mai fii atât de furioasă?"

După ce a reflectat puţin, soţia a spus: „În ciuda faptului că a lucrat mult la serviciu, el face eforturi să se joace cu copilul, în loc să se relaxeze". În cadrul aceluiaşi exemplu, soţul credea că, indiferent ce va face, soţia tot leneş îl va considera.

La sugestia terapeutului ambii parteneri au decis să verifice propriile lor gânduri negative cu privire la comportamentul partenerului şi să găsească fiecare explicaţii pozitive pentru comportamentul partenerului.

Desigur, nu totdeauna atribuirile negative date comportamentului partenerului sunt incorecte. În astfel de cazuri terapeutul trebuie să clarifice intenţia care a stat la baza respectivului comportament şi impactul acestuia asupra celuilalt partener. Intenţiile sunt explorate de terapeut prin intermediul dezvoltării unor deprinderi de comunicare, prin care subiectul poate ajunge să-şi înţeleagă mai bine propriul comportament.

Cu celălalt partener terapeutul trebuie să exploreze impactul comportamentului partenerului la două niveluri:

– identificarea gândurilor pe care le poate avea partenerul când se confruntă cu un comportament ambiguu (de exemplu, soţul nu-şi sărută soţia când vine de la serviciu. Ea poate presupune că el nu simte dorinţa de a o face);

– identificarea convingerilor care stau la baza gândurilor negative disfuncţionale (ea poate gândi: „Lui nici nu-i pasă de mine").

După explorarea gândurilor și semnificației lor, terapeutul trebuie să ajute cuplul să strângă dovezi pentru a verifica validitatea atribuirilor sau gândurilor negative (sunt ele reale sau sunt rodul unei gândiri distorsionate?). În cazul în care se constată că sunt rezultatul unei gândiri distorsionate, se explorează posibilitatea elaborării unor convingeri și gânduri alternative mai raționale.

Terapeutul cere fiecăruia dintre soți să-și monitorizeze în scris gândurile negative automate cu privire la partener și să găsească un răspuns rațional pentru fiecare dintre ele. Dacă presupunerile negative sunt adevărate, atunci se indică modificări în sfera comportamentului sau soluții de compromis. În aceste cazuri se recurge la metoda rezolvării de probleme.

Antrenarea deprinderilor (abilităților) de comunicare (Schmaling, Frunzetti și Jacobson, 1989)

În cuplurile cu probleme se constată un deficit în ceea ce privește dezvoltarea deprinderilor de comunicare: atât a celor expresive, cât și a celor receptive. Partenerii se plâng frecvent de lipsă de înțelegere, lipsă de atenție, insuficientă ascultare, escaladarea conflictelor și dificultăți în rezolvarea problemelor.

Deprinderile receptive includ ascultarea nonverbală (contact vizual, aprobare prin semn cu capul), empatizare, parafrazare și alte expresii din care să rezulte faptul că subiectul îl ascultă și îl înțelege pe celălalt.

Înainte de a-i învăța pe parteneri deprinderile de comunicare verbală, terapeutul trebuie să definească clar rolul de vorbitor și de ascultător. La început acesta va lua parte activ la modelarea respectivelor deprinderi prin intermediul tehnicii role-playing-ului, treptat el reluându-și rolul de antrenor.

Exerciții de dezvoltare a deprinderilor de comunicare (Schmaling, Frunzetti și Jacobson, 1989)

1. Terapeutul modelează modul negativ de ascultare nonverbală al partenerilor (se uită în altă parte, se mișcă pe scaun etc.), în timp de fiecare dintre soți vorbește pe o temă neutră (cum

şi-a petrecut ziua). Apoi pacientul (fiecare pe rând) este întrebat cum s-a simţit (supărat, trist, frustrat, ridicol, rănit) şi ce a gândit atunci când el vorbea şi nu era ascultat (de exemplu: „Ceea ce am spus era neimportant" sau „Nu voi obţine niciodată respectul cuiva" etc.). Apoi fiecare partener trebuie să găsească exemple de ascultare nonverbală negativă.

2. Terapeutul şi apoi fiecare partener practică ascultarea nonverbală pozitivă (stă drept în faţa celuilalt, are contact vizual, dă din cap). Fiecare partener este întrebat cum s-a simţit atunci când a fost ascultat.

3. Terapeutul modelează abilităţi negative de recepţionare (întrerupe, încheie frazele celorlalţi, abate cursul discuţiei) într-un mod exagerat şi plin de umor. Apoi fiecare partener este solicitat să dea un exemplu din care să rezulte când a procedat aşa.

4. Terapeutul îi învaţă pe pacienţi (cuplul) să parafrazeze (ascultă ce spune partenerul şi parafrazează intenţionat într-o manieră interogativă). Exemplu: „Mi se pare că vorbeşti despre..., asta este ceea ce ai vrut să spui?"

Acest lucru se poate realiza şi la nivelul comportamentului nonverbal, printr-o mimică interogativă. La început fiecare membru al cuplului îl parafrazează pe terapeut.

5. Apoi fiecare partener învaţă să-l parafrazeze pe celălalt.

6. Recunoaşterea şi exprimarea emoţiilor. Adesea este util ca terapeutul să furnizeze pacienţilor o listă de cuvinte care exprimă stări emoţionale, astfel încât membrii cuplului să înveţe să-şi recunoască şi să-şi exprime emoţiile într-un mod mai nuanţat.

Model de listă de termeni care exprimă stări emoţionale

Stări pozitive:	*Stări negative:*
calm	dezamăgit
cald	frustrat
fericit	singur
apropiat	prins în capcană
mulţumit	plictisit
în siguranţă	neliniştit

puternic	nervos
excitat	depresiv
încrezător	opoziționist
responsiv	vinovat
satisfăcut	încordat
relaxat	stânjenit etc.

În cadrul temelor pentru acasă partenerii trebuie să exerseze deprinderile de comunicare, jucând pe rând rolurile de vorbitor și ascultător.

Rezolvarea de probleme

Reprezintă o componentă importantă a terapiei cognitiv-comportamentale mai ales atunci când se lucrează cu cupluri.

Rezolvarea de probleme are două subcomponente:

a) definirea problemei;

b) soluționarea problemei.

a) În cadrul fazei de definire a problemei unul dintre soți începe prin a comenta pozitiv ceea ce face celălalt soț în legătură cu problema. Urmează o descriere a problemei, apoi este prezentată reacția emoțională a primului partener la problemă.

În spirit de colaborare, primul soț (cel care a început) arată în ce măsură el a contribuit la producerea și la menținerea problemei. Acest spirit de colaborare este absolut necesar pentru a reduce șansele ca problema să fie definită în termeni acuzatori, îl ajută pe celălalt soț să se simtă mai puțin atacat și îl stimulează pe acesta din urmă să se angajeze în demersul rezolvării problemei. De asemenea, abordarea în spirit de colaborare îi ajută pe cei doi să evite situația în care unul dintre parteneri este în totalitate responsabil de producerea problemei sau de găsirea soluției.

Prima fază în cadrul procesului de soluționare a problemei constă în aplicarea brainstormingului, în urma căruia este generată o listă de soluții posibile la problemă. La început toate soluțiile se acceptă și nici unul din soți nu trebuie să-și cenzureze soluțiile avansate de el sau pe cele ale partenerului. Terapeutul poate să adauge unele soluții, dând discuției o notă de umor.

Exemplu: problema constă în aceea că soţia se simte jignită şi ignorată când soţul vine supărat de la serviciu şi în loc s-o întrebe cum s-a simţit începe să-şi povestească necazurile de la locul de muncă.

Soluţii posibile:

1. Soţul să facă o plimbare timp de un sfert de oră înainte de a veni acasă pentru a se detensiona.

2. Când se întoarce acasă soţul îşi va săruta soţia şi cei doi vor discuta timp de cinci minute în legătură cu modul în care şi-au petrecut ziua.

3. Dacă soţul are nevoie de mai mult timp pentru a se plânge de necazurile de la serviciu, el o va întreba pe soţie dacă este dispusă să asculte şi îi va cere să-i acorde un timp limită pentru asta. Dacă ea nu este dispusă să-l asculte, el va apela la un prieten.

4. Soţul va contacta un consilier-psiholog cu care să discute problemele sale profesionale.

5. Soţia îi va face discret semn să tacă şi va începe să vorbească despre problemele ei.

6. Soţul nu va discuta niciodată acasă problemele de la serviciu.

7. Soţia îi va solicita soţului un timp egal în cazul în care ea a acceptat să-i asculte plângerile.

8. Soţia îşi va folosi abilităţile de ascultare atunci când soţul discută despre serviciu, iar acesta o va asculta, la rândul său, cu atenţie.

9. Soţul va renunţa la serviciul care îl stresează.

10. Soţul va discuta cu şeful despre modul în care sarcinile profesionale ar putea fi mai puţin stresante.

După ce cuplul a generat lista de soluţii posibile, fiecare soluţie va fi testată după următoarele criterii:

1. Este ea absurdă?

2. Va ajuta respectiva soluţie la rezolvarea problemei?

3. Care sunt argumentele pro şi contra respectivei soluţii?

În cele din urmă se cade de acord asupra soluţiei cu cele mai puţine consecinţe negative. Acordul trebuie să fie foarte precis: cine şi ce va face, când, unde şi cum.

Nu este obligatoriu să se aleagă doar o singură soluție, ci se pot alege mai multe soluții, care se completează una pe alta sau urmează una alteia. Astfel, soțul poate discuta cu șeful în legătură cu optimizarea locului său de muncă. Dacă acesta nu e complezent, el se poate adresa psihologului consilier pentru găsirea unui nou loc de muncă. Când se va întoarce de la serviciu, el se va comporta afectuos cu soția și fiecare îi va povesti celuilalt cum s-a simțit în ziua respectivă etc.

Programul de rezolvare de probleme trebuie să debuteze cu problemele minore (casnice) și abia apoi să se treacă la probleme de importanță majoră, cu coloratură emoțională.

Ameliorarea interacțiunilor sexuale și afective

Pentru cuplurile cu probleme sexuale este necesară o abordare terapeutică separată a acestor probleme. În cazul în care cuplul nu are probleme sexuale deosebite, terapeutul trebuie să accentueze asupra dezvoltării afecțiunii dintre parteneri și îmbogățirii repertoriului relațiilor sexuale.

Se pot utiliza următoarele exerciții:

(1) Discutarea unor amintiri legate de experiențe afective pozitive realizate împreună.

(2) Exerciții de imaginație dirijată pe tema afecțiunii și relațiilor sexuale ideale.

(3) Exerciții de stimulare a comunicării prin intermediul cărora subiecții sunt învățați să acorde și să primească feedback-uri atunci când li se arată afecțiune sau în timpul relațiilor sexuale.

(4) Îndreptarea atenției asupra zonelor erogene genitale și nongenitale.

(5) Rezolvarea de probleme care au ca obiect inițierea și refuzul relațiilor sexuale.

(6) Brainstorming referitor la îmbogățirea comportamentului sexual, la găsirea unor noi variante de comportament sexual.

Reducerea conflictelor

Unele cupluri care se prezintă la o ședință de psihoterapie sunt atât de frustrate încât sunt incapabile să se concentreze

asupra a ceva cu adevărat constructiv. Acest lucru se întâmplă mai ales atunci când partenerii au un conflict nerezolvat care a avut loc recent.

În aceste cazuri este necesară însuşirea unei tehnici de escaladare a conflictului: se procedează în aşa fel încât conflictul să nu ia proporţii. Această tehnică acţionează atât pe plan cognitiv, cât şi comportamental.

În plan cognitiv, partenerii sunt ajutaţi să înţeleagă gândurile şi sentimentele pe care le trăiesc în timpul conflictului, iar în plan comportamental ei trebuie să conştientizeze opţiunile comportamentale care pot opri escaladarea conflictului.

Tehnica presupune două etape:

1. Demontarea (analizarea) conflictului (în şedinţa de psihoterapie) implică explorarea intenţiilor şi impactului pe care îl are fiecare etapă a conflictului asupra partenerilor, cât şi clarificarea sentimentelor, gândurilor şi convingerilor fiecărui partener în fiecare fază a conflictului.

Terapeutul trebuie să fie atent şi să acorde ambilor soţi posibilitatea de a-şi expune punctul de vedere asupra conflictului, gândurile şi sentimentele legate de acesta, precum şi gândurile şi sentimentele ce apar în etapa de analizare a conflictului.

2. Explorarea opţiunilor cognitive şi comportamentale ale fiecărui partener, în fiecare etapă a conflictului, opţiuni care pot contribui la depăşirea acestuia; se poate realiza întrebând pe fiecare partener: „Care ar fi modul diferit în care ai putea gândi despre acţiunile partenerului tău în momentul respectiv?" sau „Ce ai putea face în mod diferit pentru a împiedica lucrurile să se înrăutăţească?"

Această abordare îi ajută pe soţi să-şi asume responsabilitatea propriilor acţiuni, să înceteze să-şi blameze partenerul şi, în acelaşi timp, le indică posibile căi de rezolvare a conflictului.

Identificarea şi modificarea modelelor negative de interacţiune

În timpul practicării tehnicii de escaladare a conflictului terapeutul poate identifica anumite teme de conflict specifice

cuplului, cât și unele modele specifice de escaladare a conflictelor. Aceste metode disfuncționale de interacțiune pot fi considerate metaforic ca un fel de dans în care ambii parteneri cunosc „pașii" și acționează împreună pentru escaladarea conflictului.

Sullaway și Christensen (1983) au identificat astfel de teme comune de conflict:

a) Modelul solicitare-retragere: unul din parteneri solicită din ce în ce mai multă atenție și afecțiune de la partenerul său, care e mai rezervat. Cu cât primul solicită mai mult, cu atât celălalt are tendința de a se retrage tot mai mult.

b) Modelul afiliere-independență (Jacobson și Margolin, 1979): unul din parteneri pune un accent mai mare pe relația de cuplu, iar celălalt este concentrat mai mult pe activitatea profesională.

c) Modelul afectivitate-raționalitate: unul din parteneri (de regulă, soția) este excesiv de afectivă, în timp ce celălalt (de obicei, soțul) este rațional, nonemotiv și logic.

Chiar și simpla identificare a modelului de conflict poate fi utilă pentru unele cupluri. În astfel de cazuri, simpla examinare a procesului conflictual este suficientă pentru eliminarea patternului destructiv.

Terapeutul trebuie să-i ajute pe parteneri să identifice semnele timpurii ale escaladării conflictului (activare emoțională, acuzații verbale, abordarea unor domenii vulnerabile etc.). Iată un exemplu: unul din parteneri identifică semnele timpurii ale declanșării unui conflict: „Mă simțeam tot mai încordat, am început să transpir și mi-am dat seama că în curând voi exploda".

Când unul sau ambii parteneri identifică semnele de conflict, ei pot opri escaladarea acestuia prin redirecționarea discuției. Succesul psihoterapiei depinde de măsura în care deprinderile de comportament achiziționate în timpul ședințelor de psihoterapie se vor generaliza în viața de zi cu zi a subiectului.

Realizarea cu conștiinciozitate a temelor pentru acasă reprezintă cheia succesului psihoterapiei de cuplu. În același timp, terapeutul trebuie să-i învețe pe parteneri să generalizeze cele

învăţate la noi situaţii de viaţă. După ce a lucrat asupra unei probleme, terapeutul trebuie să adreseze întrebarea:

„În ce alte situaţii de viaţă puteţi aplica soluţia respectivă?"

Se poate da şi ca temă pentru acasă cuplului să aplice o anumită tehnică în situaţii noi.

Înainte de încheierea terapiei, se măreşte durata dintre şedinţe (la două spătămâni, apoi la o lună, la 6 luni, la un an) în loc să se încheie psihoterapia în mod oficial.

Terapeutul trebuie să-i ajute pe parteneri să devină propriii lor terapeuţi, ei realizând împreună, în absenţa terapeutului, şedinţe periodice de comunicare interpersonală în care să discute cât de bine merge relaţia lor.

În ciuda progresului realizat de parteneri, unele recăderi sunt inevitabile. Marlatt şi Gordon (1985) consideră că pentru a se preveni recăderile, terapeutul trebuie:

- să anticipeze şi să prevină acele situaţii sau comportamente care vor spori şansele de recădere;
- să furnizeze pacienţilor strategii care să-i ajute pe aceştia să-şi revină uşor după mici incidente, fapt ce previne o recădere serioasă.

Spre sfârşitul terapiei atenţia cuplului este îndreptată către evenimentele viitoare care pot fi stresante (de pildă, apariţia unui copil, ce se întâmplă dacă unul din parteneri primeşte o ofertă tentantă de serviciu în alt oraş, ce vor face dacă vor trece printr-o criză financiară etc.). Prevăzând situaţiile dificile, cuplul le va putea rezolva anticipat.

O altă modalitate de a reduce şansele de recădere constă în identificarea şi minimalizarea punctelor nevralgice ale cuplului, a hiperreactivităţii partenerilor (este cunoscut faptul că partenerii care nu se înţeleg sunt hipereactivi la lucruri minore). De asemenea, terapeutul trebuie să identifice, împreună cu partenerii, semnele unei posibile recăderi:

– evitarea rezolvării comune de probleme;

– reducerea numărului de activităţi plăcute realizate împreună (inclusiv sexuale);

– relația tinde să recapete un caracter static.

În momentul în care subiectul exagerează aceste temeri, amplificându-le prin intermediul gândurilor negative, disfuncționale, există pericolul declanșării unor comportamente dezadaptative, care pot ruina viața subiectului, influențând negativ orice nouă relație posibilă.

Cele mai frecvente temeri de acest gen sunt:

– teama de a nu repeta situația negativă de care subiectul tocmai s-a eliberat. Datorită acestei frici, el devine hipervigilent față de tot ce spune sau face noul partener, vânând eventualele greșeli ale acestuia.

– teama de a nu fi pe locul doi, care îl determină pe individ să supraevalueze toate semnele de afecțiune pe care partenerul ar putea să le manifeste față de fosta soție sau față de copii, el considerând permanent că ar putea fi sacrificat de dragul acestora.

Acest gen de temeri pot conduce la subminarea sentimentului care tocmai se înfiripă și astfel noua căsătorie plănuită nu mai are loc. În cazul în care însă ele nu sunt împărtășite în mod deschis celuilalt, este posibil ca relația să progreseze și să se consolideze.

Pentru rezolvarea acestui gen de probleme, terapeutul trebuie să direcționeze atenția pacientului în primul rând asupra propriilor anxietăți și probleme și nu asupra a ceea ce face partenerul.

Trebuie subliniat faptul că majoritatea oamenilor nu-și identifică în mod corect stările psihice, ci doar sesizează vag faptul că ceva nu este în regulă.

Pentru ameliorarea relațiilor de cuplu, Fensterheim și Jean Baer (1977), înainte de practicarea unor exerciții cognitiv-comportamentale, recomandă:

1. Renunțarea la prejudecățile legate de „sex-roluri". Societatea occidentală consideră că bărbatul și femeia trebuie să aibă trăsături psihologice opuse, care să exprime masculinitatea și, respectiv, feminitatea. Conform acestei prejudecăți se consideră că dacă o femeie dă dovadă de calități cum ar fi ambiția, dorința de realizare profesională, tendința de asumare a riscului sau calități de conducător, ea renunță la feminitate. În același timp, un

bărbat tandru, afectuos, sensibil la dorinţele celorlalţi este considerat ca fiind lipsit de masculinitate.

Teama de a încălca aceste stereotipuri legate de sex-roluri poate conduce la o reprimare a unor trăsături importante de caracter, la ştirbirea personalităţii subiectului şi influenţează negativ relaţiile din cadrul cuplului. Astfel, multe femei se tem să se arate mai competente decât soţii lor în probleme financiare, de pildă, pentru a nu le răni ego-ul masculin, în timp ce mulţi bărbaţi îşi reprimă nevoia de tandreţe şi afecţiune pentru a nu fi consideraţi oameni slabi de către partenerele lor. Aceste persoane nu-şi dau seama de faptul că dezvăluirea unor calităţi considerate ca aparţinând sexului opus nu înseamnă renunţarea la feminitate sau masculinitate, pentru că cineva poate să fie în acelaşi timp autoritar şi blând, independent şi tandru, acestea fiind calităţi umane şi nu neapărat aparţinând unui sex sau celuilalt.

Exprimarea deschisă a trăsăturilor de personalitate (indiferent cărui sex se crede că aparţin în relaţia de cuplu) permite realizarea unor relaţii mai profunde şi mai autentice între parteneri.

2. Stabilirea unor obiective specifice şi elaborarea unor strategii de atragere a acestora. Forţa fricilor şi fobiilor noastre de a ne destructura existenţa stă mai ales în stabilirea unor obiective false în cadrul relaţiei interpersonale. Din acest motiv, în cursul terapiei cognitiv-comportamentale subiectul trebuie să conştientizeze temerile sale, să le exprime în mod concret şi să se expună situaţiilor anxiogene până când acestea scad în intensitate.

Se indică alegerea unei situaţii specifice legate de problemele de comunicare şi subiectul decide în mod clar ce anume doreşte să obţină şi ce trebuie să facă în mod concret pentru aceasta.

Situaţiile asupra cărora se lucrează trebuie să fie, cel puţin la începutul terapiei, cât mai simple şi mai precise („ce vom discuta la cină", „ce vom face în weekend" etc.).

În raport cu fiecare situaţie pacientul trebuie să-şi adreseze următoarele întrebări:

– „Ce atmosferă doresc să creez?"

– „Despre ce anume aş dori să discutăm?"

– „Cum aş dori să mă comport eu?"

– „Ce aş putea face pentru ca lucrurile să se îndrepte în direcţia dorită?"

– „Ce aş putea face dacă lucrurile pornesc pe un drum greşit?"

– „Cum aş dori să se încheie discuţia?" etc.

În cazul în care relaţia de cuplu este determinată de teamă, obiectivele partenerilor devin defensive (ne gândim mai mult la ceea ce nu dorim să se întâmple decât la ceea ce dorim să se întâmple). Stabilirea deliberată a unor obiective constructive poate inversa acest proces, facilitând comunicarea deschisă, negocierile, acceptarea divergenţelor de opinii şi utilizarea unei atitudini de tipul „doresc" şi nu de tipul „trebuie neapărat ca tu să faci acest lucru".

Program de psihoterapie pentru eliberarea de teamă în relaţiile interpersonale

La un moment dat, Simone de Beauvoir l-a întrebat pe Jean-Paul Sartre dacă o iubeşte, iar acesta i-a dat un răspuns ambiguu: „Sunt cu tine, nu-i aşa?"

Problema este că foarte multe persoane evită să exprime deschis sentimentele de teama de a nu părea ridicoli sau de a fi rejectaţi. Astfel, de pildă, unii bărbaţi consideră că dacă ar arăta ce simt cu adevărat şi-ar distruge imaginea de persoane puternice şi controlate, calităţi specifice stereotipului masculin.

În cadrul unui cuplu, incapacitatea de exprimare a sentimentelor complică foarte mult relaţiile dintre parteneri, lăsând loc la neînţelegeri. Individul care nu-şi poate exprima sentimentele devine pe zi ce trece tot mai insensibil la acestea, iar „vidul" afectiv este generator de anxietate pentru că cineva care nu-şi pune în evidenţă niciodată personalitatea reală trăieşte un sentiment de disconfort psihic.

Prezentăm în cele ce urmează câteva exerciţii prin intermediul cărora oamenii cu astfel de probleme pot învăţa să-şi exprime sentimentele în mod spontan.

A. Conversaţia cu încărcătură emoţională

Termenul aparţine lui Salter (1961) şi se referă la acel tip de conversaţie care trebuie să reflecte modificările stării afective trăite de subiecţi.

1) Subiectul trebuie să înveţe să exprime verbal ceea ce simte, nu ceea ce gândeşte. Un prim pas în această direcţie este ca el să realizeze diferenţa între cuvintele (mai ales verbele) care exprimă stări afective şi cuvintele care exprimă gânduri sau acţiuni.

Verbe (predicate) care exprimă stări afective:	Verbe (predicate) care exprimă idei sau acţiuni:
Doresc	Presupun
Detest	Cred
Ador	Consider
Dispreţuiesc	Îmi imaginez
Mă bucur	Concluzionez
Îmi pasă de	Înţeleg
Mi-e dor	Interpretez
Invidiez	Evaluez
Iubesc	

2) Într-o etapă ulterioară subiectului i se cere să utilizeze cât mai frecvent termeni legaţi de propria persoană („eu", „mie"), împreună cu predicatele care se referă la stări afective, ca de pildă:

„Eu doresc ca tu să fii acea fată cu care m-am căsătorit şi nu o femeie cicălitoare".

„Îmi e teamă de tine atunci când te înfurii".

„Nu îmi place felul în care mama ta mă ironizează ori de câte ori vine la noi la masă".

3) Dacă subiectul are probleme să se refere la persoana sa, terapeutul îi sugerează să noteze într-un carnet ori de câte ori a utilizat termeni legaţi de propria persoană şi să-şi acorde o recompensă atunci când depăşeşte cifra zece.

În acelaşi timp, i se cere să utilizeze în mod deliberat cât mai frecvent posibil următoarele tipuri de propoziţii:

„Îmi place ceea ce ai spus".	„Nu-mi place ceea ce ai spus".
„Mi-a plăcut cum ai procedat".	„Nu mi-a plăcut cum ai procedat".
„Aş dori ca tu să faci aceasta..."	„Nu aş dori ca tu să faci aceasta".

În timpul acestui gen de antrenament, partenerul este instruit să asculte şi să răspundă în acelaşi mod, utilizând, la rândul său, afirmaţii cu încărcătură emoţională.

Prezentare de caz

La cabinetul de psihoterapie s-a prezentat un cuplu care a solicitat terapie de familie. Soţul, inginer, de 27 de ani, provenit din mediul rural, era foarte tăcut şi avea mari dificultăţi să-şi exprime sentimentele. Soţia, filolog, de 25 de ani, fiică de profesor universitar din Bucureşti, era mai cultă, mai deschisă şi se exprima degajat în orice împrejurare. Deşi cei doi ţineau realmente unul la celălalt, ei se certau aproape tot timpul. Deoarece soţul nu izbutea să exprime ceea ce simţea, o făcea pe soţie să se simtă singură şi părăsită. Considerându-se neînţeles, soţul manifesta o stare de iritare permanentă, generatoare de conflicte.

Terapeutul i-a trasat soţului sarcina de a nota într-un jurnal ori de câte ori utilizează fraze specifice comunicării afective.

De patru ori pe săptămână, timp de o oră, cei doi soţi trebuiau să stea în faţa unui reportofon, soţul fiind solicitat să spună ce simte în legătură cu o anumită problemă la care s-a gândit dinainte. Soţia trebuia să asculte afirmaţiile acestuia şi să reproducă ceea ce crede că simte el, utilizând propriile ei cuvinte. În acelaşi timp, ea trebuia să-i adreseze întrebări atunci când nu era sigură că a sesizat exact ceea ce simţea soţul ei. Soţia nu trebuia să-şi exprime propriile ei gânduri. La sfârşitul şedinţei de psihoterapie, soţul trebuia să asculte caseta şi să noteze situaţiile în care a utilizat comunicarea emoţională.

O altă nemulţumire a soţiei consta în aceea că, în timp ce făceau dragoste, niciodată soţul ei nu i-a spus vreun cuvânt tandru. Întrebat de terapeut în legătură cu acest lucru, el a spus că nu-i vine să spună astfel de vorbe.

După o lună de terapie, soțul i-a spus la un moment dat terapeutului în prezența soției sale: „Nici nu vă dați seama ce înseamnă să te simți atât de încordat cum m-am simțit eu. Când mă întorc acasă de la serviciu de-abia aștept să ajung mai repede, dar în același timp mă îngrozesc la gândul că va fi iarăși scandal".

De asemenea, un alt semn că terapia urma o direcție bună a constat în faptul că soțul a început să-și exprime sentimentele de tandrețe în timpul relațiilor sexuale.

B. Tehnica autodezvăluirii

Indiferent de anxietățile sau de stereotipiile convenționale achiziționate de-a lungul timpului, subiectul trebuie să se antreneze să comunice într-o manieră mai apropiată.

Deoarece se temea teribil să-și arate adevărata față, Cornel nu putea comunica soției sale decât un singur lucru: furia și nemulțumirea, deși o iubea foarte mult. Dragostea profundă pe care i-o purta l-a determinat să se adreseze cabinetului de psihoterapie.

În timpul interviului terapeutic, i s-a cerut lui Cornel să relateze o experiență semnificativă pe care a avut-o între 10 și 20 de ani. Iată ce a relatat pacientul:

„În clasa a VIII-a m-am înscris la baschet, dorind foarte mult să ajung un mare jucător. Deși am fost selecționat, nu am reușit să fiu decât rezervă, intrând relativ puțin pe teren. La un moment dat un coleg s-a îmbolnăvit și atunci am putut juca aproape tot meciul și am marcat de mai multe ori. A fost extraordinar!"

Terapeutul i-a atras atenția pacientului că povestirea sa evidențiază destul de puțin ceea ce a simțit el atunci. După câteva încercări mai puțin reușite, iată noua relatare a pacientului:

„De când eram copil mi-am dorit să joc baschet. Aveam chiar și o colecție de poze cu cei mai mari jucători ai lumii, colecție pe care o țineam bine ascunsă. Mai mult, unchiul meu era antrenor de baschet și uneori, când avea timp, ne jucam împreună și totdeauna sufeream mult când nu eram îndemânatic. Visam mereu să ajung baschetbalist, deși în sinea mea eram convins că nu voi reuși.

Când am ajuns rezervă, m-am simțit în același timp fericit și dezamăgit. Când am fost solicitat să joc tot meciul am simțit că visul meu devine realitate. Parcă nu era adevărat! Parcă simțeam că zbor! Din păcate, acesta a fost singurul meu succes în sport. De atunci nici nu am mai încercat să intru în vreo echipă de baschet."

Terapeutul i-a cerut pacientului să elaboreze un număr cât mai mare de povestiri de acest tip și treptat a început să-i fie mai ușor să-și exprime sentimentele autentice. Pacientul a învățat să-i vorbească soției despre experiențele din tinerețe, despre succesele profesionale, despre ceea ce a simțit când s-a îndrăgostit de ea, precum și despre evenimentele mai importante care l-au marcat în timpul căsătoriei.

La începutul terapiei Cornel conștientiza mai ales sentimente de ostilitate și furie. În timp ce relata povestirile solicitate s-au petrecut două fapte semnificative:

– pacientul a început treptat să conștientizeze și alte tipuri de sentimente, de pildă, faptul că era mândru de succesele școlare ale fiicei sale sau faptul că simțea satisfacție atunci desfășura acțiuni comune împreună cu familia sa;

– pacientului a început să-i fie tot mai ușor să discute liber despre aceste sentimente.

În acest caz, etapele psihoterapiei au fost următoarele:

1. Sprijinirea pacientului să ajungă la un nivel de comunicare încărcată afectiv.

„Alegeți o experineță emoțională (poate fi ceva vesel, trist sau chiar o psihotraumă) care s-a petrecut în tinerețea dv. Trebuie să fie o experiență semnificativă pentru dumneavoastră. Povestiți-o cu voce tare sau mai bine înregistrați-o pe casetă. Dacă ați înregistrat-o, ascultați-o și gândiți-vă cum ați putea relata experiența respectivă într-un mod mai încărcat emoțional.

2. Povestiți experiența respectivă partenerului dumneavoastră de viață.

3. Persoana care ascultă (partenerul) trebuie să-și controleze propriile trăiri și sentimente, să caute să surprindă toate nuanțele relatării și să intre, pe cât posibil, în „pielea" personajului care povestește.

4. Cereţi partenerului de viaţă să relateze la rândul său o întâmplare semnificativă din existenţa sa. Acum este rândul dumneavoastră să intraţi în pielea personajului respectiv.

C. Transformarea tendinţei de a-l lovi pe celălalt în tendinţa de a avea grijă de acesta, de a-i acorda afecţiune

În cadrul relaţiilor apropiate, oamenii se tem adesea să-şi exprime sentimentele de tandreţe de frica de a nu fi exploataţi, de a nu se profita de pe urma lor, de a nu părea slabi sau dependenţi. Din acest motiv, mulţi parteneri devin experţi în tehnica de a se răni unul pe celălat, uitând faptul că ar putea să-şi acorde afecţiune reciprocă.

Tehnica acordării afecţiunii aparţine lui Richard Stuart (1973) şi implică următoarele obiective:

– să determine pe fiecare partener să devină conştient de ceea ce îi face plăcere celuilalt şi nu de ceea ce îl enervează;

– să înveţe persoana să realizeze în mod deliberat acele acţiuni care oferă satisfacţie partenerului său de viaţă, în felul acesta relaţia devenind mai gratificantă pentru ambii parteneri.

Prezentăm în cele ce urmează câteva modele de exerciţii prin intermediul cărora subiectul este învăţat să acorde sprijin, încredere şi afecţiune celuilalt.

Pacientul învaţă să dăruiască şi să accepte tandreţea:

1. Într-o primă etapă subiectului i se cere să aleagă două zile pe săptămână când va avea grijă de partenerul său. Apoi partenerul va fi solicitat, la rândul său, să realizeze acelaşi lucru pentru celălalt.

2. În etapa a doua pacientul este solicitat să realizeze o listă cu acţiunile care ar putea să-i facă plăcere partenerului. Foarte mulţi subiecţi se simt blocaţi atunci când li se cere să elaboreze astfel de liste, spunându-şi în gând: „dar dacă o să greşesc?", „dacă acţiunea pe care am ales-o va dovedi faptul că eu nu o/îl înţeleg destul de bine?" etc.

Terapeutul trebuie să-l încurajeze pe pacient să elaboreze lista respectivă în ciuda îndoielilor sale, aceasta putând fi corectată prin observarea atentă a reacţiilor partenerului.

Astfel de acțiuni ar putea fi:

„Utilizați spray-ul care îi place foarte mult soțului dumneavoastră."

„Puneți discul sau caseta cu cântecul favorit al acestuia."

„Îmbrăcați acele haine care îi plac foarte mult soțului/soției."

„Invitați partenerul la o acțiune comună despre care știți că îi va face plăcere."

3. Partenerul este solicitat să pună în practică anumite acțiuni din cadrul listei elaborate în prealabil, iar partenerul trebuie să le accepte ca atare, fără să protesteze sau să devină hipercritic.

4. Discutarea împreună cu partenerul a acțiunilor de acordare a atenției.

În urma unor astfel de discuții poate să iasă la iveală faptul că, de pildă, soțului dumneavoastră nu-i face plăcere să i se aducă micul dejun la pat. În urma acestei discuții pacientul își va restructura lista în acord cu preferințele partenerului de viață.

5. Această etapă presupune realizarea procesului invers, în cadrul căruia celălalt membru al cuplului va realiza anumite acțiuni despre care crede că ar putea să-i facă plăcere partenerului, acesta din urmă fiind obligat să le accepte ca atare.

După câteva zile, cei doi analizează împreună ceea ce s-a petrecut.

Negocierea problemelor și nemulțumirilor care apar în timpul căsătoriei

Foarte frecvent partenerii evită discuțiile legate de aspectele conflictuale care au loc în cadrul cuplului de teama faptului că aceste discuții ar putea duce la destrămarea familiei. De multe ori ne spunem în gând: „nu contează, e un fleac!", deși cele întâmplate ne afectează foarte mult.

Decizia cu privire la discutarea deschisă a dificultăților din familie poate fi luată sau nu ținând seama de o serie de aspecte:

– Persoana în cauză își pune problema dacă are sau nu dreptul să determine în vreun fel modul de viață comun. Este evi-

dent că majoritatea problemelor de acest gen şi le pun femeile, ignorând faptul că o căsătorie modernă implică un contract reciproc avantajos, în cadrul căruia cei doi soţi trebuie să interacţioneze de pe poziţii egale.

– Alte persoane nici nu îndrăznesc măcar să exprime deschis faptul că există o problemă în familie pentru că au impresia că aceasta se va destrăma şi că nu au o altă alternativă de viaţă.

Pentru soluţionarea crizelor familiale, terapeuţii comportamentalişti propun elaborarea unui aşa-zis contract de convieţuire (Fensterheim şi Jean Baer, 1977), contract menit să faciliteze comunicarea dschisă şi rezolvarea conflictelor care se ivesc. Acest „contract" are menirea de a-l elibera pe subiect de teama patologică de a-şi clarifica problemele, precum şi de a postula în mod clar drepturile şi responsabilităţile fiecăruia dintre soţi.

1. Într-o primă etapă membrii cuplului cu probleme trebuie să definească precis sectoarele şi aspectele existenţei de care doresc să se ocupe:

– responsabilităţile gospodăreşti şi împărţirea atribuţiilor;

– decizia în legătură cu posibilitatea de a avea copii; planning-ul familial, cine asigură îngrijirea copiilor, iar în cazul în care unul din soţi se recăsătoreşte care ar fi drepturile părintelui adevărat şi ale celui vitreg asupra copiilor;

– decizia în legătură cu utilizarea spaţiului din locuinţă;

– decizia legată de timpul liber; astfel, unele cupluri preferă să împartă timpul în „timpul meu", „timpul tău" şi „timpul petrecut împreună";

– problemele financiare legate de proprietăţi, câştiguri, cheltuieli şi economii.

2. Fiecare membru al cuplului este solicitat să realizeze în mod independent o listă referitoare la problemele de mai sus şi apoi listele se confruntă şi se negociază în prezenţa terapeutului.

3. Listele de probleme trebuie permanent reînnoite, reevaluate, ameliorate şi chiar renegociate, deoarece este evident că viaţa unui cuplu este un proces dinamic.

Un alt aspect important în construirea unei relaţii interpersonale autentice constă în învăţarea subiectului să realizeze şi să

suporte o critică de tip constructiv. Acest lucru contribuie la clarificarea problemelor și neînțelegerilor și netezește calea pentru negociere și soluționarea acestora. O critică reciprocă bazată pe afecțiune nu face decât să-i apropie mai mult pe parteneri. Multe persoane evită să-și critice partenerul fie de teama de a nu-l răni, fie de teama de a nu fi contraatacați, acestea preferând să păstreze tăcerea și să acumuleze resentimente, care vor izbucni într-un moment sau într-un loc nepotrivit, sau vor avea un alt obiect decât cel real.

Adesea, criticile și certurile lipsite de sens nu reprezintă decât rezultatul unor „contracte" maritale neclarificate, deoarece partenerii intră în relația maritală atât cu expectații deschise, cât și cu expectații mascate, neconștientizate. Astfel, soția va aștepta ca soțul să-și petreacă sfârșitul de săptămână împreună, în timp ce acesta din urmă consideră că obligația lui față de soție este să câștige cât mai mulți bani și din acest motiv el lucrează și în weekend. Nici unul din parteneri nu-i comunică celuilalt așteptările și nemulțumirile sale. Rezultatul este că soția, dezamăgită, își spune: „nu mă iubește, totul este pierdut", iar soțul își spune, la rândul său: „tu nu înțelegi ce povară apasă pe umerii mei, încetează să mă mai cicălești".

În cazul în care aceste critici neexprimate nu vor fi scoase la lumină, ele vor constitui o sursă permanentă de nemulțumire, care poate submina existența cuplului.

Model de antrenament psihologic pentru acceptarea criticii (după Fensterheim și Jean Baer, 1977)

1. Conștientizați faptul că vă supără atunci când sunteți criticați de partenerul de viață. Pentru a realiza acest lucru, răspundeți la următoarele întrebări:

– În relația cu partenerul de viață doar acesta obișnuiește să vă critice?

– Vă simțiți adesea cuprins de resentimente, pe care le exprimați rareori?

– Conduce critica din cadrul familiei la certuri fără sens?

– Vă face critica celuilalt să vă simțiți mereu vinovat?

– Vă criticați, la rândul dumneavoastră, partenerul în momente și în locuri nepotrivite?

– În căsnicia dumneavoastră critica ia proporții exagerate?

Persoanele care răspund afirmativ la majoritatea întrebărilor de mai sus se tem, în mod nejustificat, să critice sau să fie criticate. În aceste cazuri, sfatul dat de psihologul comportamentalist este ca subiectul să accepte să realizeze și să primească o critică de tip constructiv. Astfel, în loc să răspundă defensiv („eu nu am făcut aceasta") sau agresiv („ești un om de nimic, un ignorant, un prost"), acesta ar trebui să dea un răspuns care să favorizeze cooperarea („da, e probabil vina mea, dar să vedem ce putem face...").

2. Învățați să primiți critica în mod calm și liniștit. Primul răspuns la orice fel de critică trebuie să nu vă tulbure exagerat, scopul acesteia nefiind modificarea partenerului, ci stăpânirea situației.

Pentru a realiza acest lucru:

– utilizați o conversație încărcată emoțional, ceea ce presupune intensificarea comunicării și nu o reacție agresivă; astfel, dacă soția vă critică pentru că ați fost prost dispus de dimineață este bine să-i răspundeți: „ai dreptate, m-am simțit iritat că mi-ai spus de 10 ori să fac acel lucru";

– ripostați fără agresivitate;

– utilizați umorul; de pildă, un pacient căruia soția îi reproșa mereu că se îmbracă neglijent a fost învățat de terapeut să-i răspundă: „sunt mai sexy așa, ce zici?";

– fiți înțelegător cu partenerul de viață realizând că uneori, fără să vrea, acesta se descarcă asupra dumneavoastră după o zi grea, iar criticile pe care acesta le exprimă nu vă sunt adresate cu adevărat.

3. Învățați să-l criticați pe celălalt fără să-l răniți. În același timp nu vă reprimați tendința de a-l critica, deoarece aceasta va conduce la acumularea unor resentimente. Pentru a realiza acest lucru notați pe o foaie de hârtie reproșurile pe care doriți să i le aduceți partenerului și realizați un joc de rol împreună cu partenerul, joc de rol în cadrul căruia acesta va accepta în mod deliberat critica și să răspundă pe un ton calm.

Începeți cu afirmațiile cele mai blânde, cele mai puțin supărătoare.

Iată un exemplu de astfel de dialog:

Pacientul: M-a supărat faptul că ți-ai invitat părinții la masă sâmbătă când tocmai doream să pun gresia la baie.

Soția: Îmi pare rău, poate că ar fi trebuit să te întreb înainte.

Pacientul: Ori de câte ori este vorba de părinții tăi, uiți de mine. Aş dori să-mi ceri şi mie părerea când vrei să-i mai inviți.

Soția: Nu este chiar aşa. De cele mai multe ori te întreb şi nu e adevărat că nu țin seama de tine. Am şi eu dreptul să-mi chem părinții în vizită.

Pacientul: În viitor te rog să iei în considerație dorințele mele şi să mă întrebi când vrei să mai faci aşa ceva.

Soția: Ai dreptate. În viitor îți voi cere părerea.

În acest dialog bărbatul exprimă afirmații critice, relativ amenințătoare față de soția sa. Într-o etapă ulterioară este indicat ca el să scrie răspunsurile ei, răspunsuri care fac afirmațiile sale mult mai greu de exprimat. Tehnica jocului de rol se poate utiliza şi în cazul în care subiectul improvizează, ceea ce face ca dialogul să devină mai spontan.

Pentru a ajunge la o comunicare interpersonală eficientă este indicat ca subiectul să învețe să-şi modifice şi stilul de a critica. Pentru aceasta trebuie să ținem seama de următoarele sfaturi:

– nu vă criticați niciodată partenerul în public;

– evitați să-l criticați atunci când este nervos;

– nu utilizați comparații de genul: „mama mea gătea mai bine" sau „fosta mea soție făcea altfel";

– nu vă atacați partenerul de viață ca persoană; de pildă, nu spuneți: „tu nu eşti bună de nimic"; „niciodată n-ai să fii în stare să faci un lucru bun". Mult mai indicat ar fi să spuneți: „poate că ai putea să-ți schimbi stilul, ce zici?"

4. Blocați modelul automat de răspuns. Există unele persoane care, indiferent de ce anume face partenerul, reacționează mereu într-o manieră stereotipă, punând în acțiune reacții de evitare, culpabilitate sau retragere, iar acest model de acțiune a căpătat un caracter automat.

Primul pas în renunţarea la acest model automat de comportament constă în conştientizarea lui prin intermediul autoobservaţiei. O dată identificate, subiectul învaţă să oprească aceste reacţii prin intermediul unei tehnici de relaxare. Astfel, ori de câte ori ne dăm seama că vom declanşa o reacţie de furie şi vom începe să ţipăm, este indicat să ne relaxăm şi să respirăm controlat, repetând mental cuvântul „calm", odată cu fiecare expiraţie. Chiar dacă exerciţiul reuşeşte, aceasta nu înseamnă că subiectul nu va mai simţi niciodată teamă, furie sau că nu va dori să se retragă în „carapacea" sa, dar stările emoţionale respective vor fi controlate. În locul reacţiei automate, persoana va putea comunica partenerului său ceea ce simte cu adăvărat şi acesta va înţelege, la rândul său, despre ce este vorba.

Prezentare de caz

Iuliana, o ziaristă de 40 de ani, s-a prezentat la cabinetul de psihoterapie pentru o agorafobie de intensitate moderată şi pentru neînţelegeri cu soţul. Acesta a afirmat că Iuliana avea un temperament coleric şi că ori de câte ori ea se înfuria el se retrăgea în camera lui cu o carte. În cazul în care soţia încerca să-l urmeze, el se încuia. Dacă se aflau în maşină, de unde nu putea „fugi", soţul se cufunda în tăcere.

Accesele ei de furie o înspăimântau pe Iuliana, care, ca mulţi agorafobici, avea o teamă foarte puternică de abandon. Cu cât soţul se izola mai mult, ea se înfuria mai tare, ceea ce accentua tendinţa de retragere a acestuia.

Deoarece terapeutul a considerat că soţul era persoana cea mai puternică din cadrul cuplului, terapeutul a început demersul psihoterapeutic asupra lui, instruindu-l ca, de câte ori conştientiza tendinţa lui de a se retrage, să se relaxeze şi să-i spună soţiei ceva, de preferat ceva care să implice o anumită componentă agresivă.

Soţul avea mari dificultăţi să-şi exprime nemulţumirea, dar cu timpul el a învăţat să fie mai asertiv, să schimbe subiectul sau să comenteze motivul furiei Iulianei. Treptat, el a încetat să mai pună în acţiune comportamentul automat de retragere, fapt ce a

contribuit la scăderea anxietății soției. Acesta a fost primul pas în destructurarea tipului de relație patologică „furie – retragere", relație care semăna cu un fel „de joc de ping-pong".

O altă modalitate de a ameliora relațiile de cuplu constă în sfătuirea clienților să nu transforme dorințele personale în necesități implacabile. Prejudecățile noastre despre cum trebuie să fie un soț sau o soție ideală joacă adesea un rol foarte important în evoluția relației interpersonale. Când aceste prejudecăți se centrează în jurul modului în care trebuie făcute anumite lucruri și când se combină și cu o teamă patologică de critică, ele pot deveni destructive. Astfel, dacă nu facem ceea ce credem noi că trebuie să facem în calitate de soț sau soție, ne așteptăm să fim criticați, iar pentru a evita această critică vom face în așa fel încât cuvântul „trebuie" – și nu „aș dori" sau „mi-ar face plăcere" – să ne conducă viața.

De pildă, doi soți tineri care lucrează și studiază la cursuri serale nu au timp să stea împreună decât în weekend, pe care însă și-l petrec făcând curățenie în casă. Este evident că relația din cadrul cuplului ar funcționa mult mai bine dacă cei doi și-ar petrece timpul liber într-un alt mod, mai plăcut.

Din acest motiv, terapeuții comportamentaliști recomandă pacienților săi să mai facă și unele lucruri pe care doresc să le facă, bineînțeles dacă acest lucru este rațional, pentru a învinge teama că nu sunt soți ideali.

Exercițiu pentru eliberarea de sarcinile care devin imperative categorice (adaptat după Fensterheim și Jean Baer, 1977)

Obiectiv: Subiectul trebuie să se obișnuiască să-și permită să facă acele lucruri pe care dorește să le facă.

1. Realizați o listă cu acele acțiuni pe care considerați că trebuie să le realizați.

De exemplu:

„Trebuie să-mi vizitez părinții în fiecare sâmbătă".

„Trebuie să am casa în perfectă ordine".

2. Notați ce anume obțineți dacă respectați aceste imperative:

– vă simțiți o persoană bună și valoroasă;

– evitați ca pertenerul să se supere sau să vă critice.

Notați, de asemenea, ce se va întâmpla dacă nu respectați acele acțiuni despre care considerați că trebuie neapărat realizate.

3. Cu ce anume ați dori să înlocuiți respectivele acțiuni?

„Nu ați prefera să ieșiți cu soțul în oraș decât să vă vizitați părinții?"

„Nu ar fi mai plăcut să mergeți la film decât să faceți curat în bucătărie?"

Mariana, manager la o firmă străină, venea seara acasă foarte târziu și se apuca de gătit, deoarece mama ei o învățase să-i servească soțului, în fiecare seară, o cină deosebită. Deși gătea excelent, dar fiind foarte obosită din cauza serviciului, ea devenea din ce în ce mai nervoasă și mai irascibilă, fapt ce a determinat-o să consulte un terapeut. În momentul în care acesta a sfătuit-o să renunțe la ritualul cinei, ei i s-a părut la început foarte greu, dar foarte curând ambii soți au constatat că le făcea mai multă plăcere se mănânce ceva mai ușor, dar într-o dispoziție mai bună.

Încheierea unei relații de cuplu

Mulți parteneri care nu se înțeleg deloc se tem totuși să rupă relația fie datorită fricii de abandon, fie deoarece consideră divorțul ca pe un mare eșec în viață („dacă ai ajuns la divorț, înseamnă că este ceva în neregulă cu tine"). În ciuda ratei crescute a divorțurilor, multe persoane de vârstă medie se mai tem de ce anume va spune lumea dacă vor divorța.

Există și persoane care se tem de divorț datorită unor dificultăți sau sarcini suplimentare care le-ar putea reveni: vor trebui să câștige mai mulți bani, vor trebui să se descurce singuri în gospodărie etc. De asemenea, teama exagerată ca partenerul să nu sufere poate prelungi la nesfârșit o relație nefericită de cuplu, relație care se transformă în tortură pentru ambii soți. Adesea,

partenerul nefericit nu întreprinde nimic, așteptând ca celălalt să-și asume responsabilitatea intentării acțiunii de divorț.

Înainte de a lua o decizie atât de importantă cum este aceea de a divorța trebuie, în primul rând, să ne asigurăm că am făcut tot ce este posibil ca relația să funcționeze. Pentru a realiza acest lucru este de dorit să întreprindem împreună cu partenerul toate eforturile pentru salvarea căsniciei. Dacă nici una din acțiunile întreprinse nu a funcționat, apelați la un consilier-terapeut, care vă poate ajuta să luați decizia cea mai bună. În cazul în care vă decideți pentru separare, veți constata că, în ciuda fricilor legate de ce anume se poate întâmpla după divorț, vă veți simți mult mai bine dacă încheiați relația.

Factorii limitativi ai psihoterapiei cognitiv-comportamentale în problemele de cuplu (Jacobson și alții, 1985)

1. Subiecți cu tulburări psihopatologice severe (depresivi, schizofrenici, deficienți mintal, psihopați). În astfel de cazuri terapia de cuplu poate fi un eventual adjuvant pe lângă tratamentul de bază (psihiatrie, psihoterapie individuală). Dar atunci când însă se constată că tulburarea psihică (de pildă, depresia) este consecința unor disfuncții de cuplu, terapia maritală va reprezenta tratamentul de bază.

2. Abuzul de alcool sau droguri și violența fizică de care dă dovadă unul din parteneri. În acest caz, pentru partenerul cu probleme se recomandă psihoterapia individuală.

3. Nu au prognostic bun cuplurile în care nu a existat de la început afecțiune și atracție între parteneri (căsătorie din interes, unde partenerii nici nu s-au cunoscut bine unul pe altul).

4. Terapia nu este eficientă dacă unul din parteneri a decis dinainte să divorțeze.

5. În situația în care deși partenerii sunt compatibili, sunt atrași unul de celălalt, exită o problemă insurmontabilă, ca de pildă aceea în care unul din parteneri dorește și celălalt nu dorește

să aibă copii. În acest caz, este greu de găsit o soluție acceptabilă pentru ambii parteneri.

6. Cuplurile care nu sunt dispuse să colaboreze, să accepte responsabilitatea pentru problemele lor sau să fie de acord cu soluții de compromis.

Bibiografie selectivă

1. Asjer, J., *Born to be shy?*, în Psychology Today, 21, 4, 1987, pp. 56-64.

2. Bandler, R., *Using your Brain for a Change*, Steve Andreas and Conirae Andreas (eds.), Moab Utah, 1985.

3. Bandura, A., *Fearful Expectations and Avoidant Actions as Coeffects of Perceived Self-Inefficacy*, în American Psychologist, 41, 12, 1986, pp. 1389-1391.

4. Beck, A.T., *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*, International University Press, New York, 1976.

5. Beck, A.T., Emery, G., Greenberg, R. L., *Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective*, Basic Book, New York, 1985.

6. Bernard, E. (eds.), *Using Rationale Emotive Therapy Effectively. A Practitioner's Guide*, Plenum Press, New York, London, 1991.

7. Bourne, E.J., *The Anxiety and Phobia Workbook*, The 6th Edition, New Harbiner Publications Inc., Oakland, 1995.

8. Burns, D., *The Feeling Good Handbook*, A Plume Book, New York, 1989.

9. Chamberlain, J.M., *Eliminate your Self-Defeating Behaviors*, Bringham Young University Press, 1978.

10. Clark, D., *A cognitive approach of panic*, Behavior Research Theory; 1986, 24, 5, pp. 461-470.

11. Cottraux, J., Blackburn, J.M., *Thérapies cognitives des Troubles de la Personalité*, Masson, Paris, 1995.

12. Ellis, A., Grieger, R., *Handbook of Rationale therapy*, Springer Corp., New York, 1977.

13. Ellis, A., *The Imposibility of Achieving Consistently Good Mental Health*, în American Psyhologist, 42, 4, 1987, pp. 364-375.

14. Fensterheim, H., Baer, Jean, *Stop Running Scared! Fear Control Training: The New Way to Conquer Fears, Phobias and Anxiety*, Dell Publishing Comp., Inc., New York, 1977.

15. Graham, G., *How to Change your Life*, Real Option Press, 1990.

16. Graham, G., *The Happy Neurotic*, Real Option Press, 1988.

17. Handley, R., Neff, Pauline, *Anxiety and Panic Attacks. Their Cause and Cure. The Five Life Plus Program for Conquering Fear*, Fawcett Crest, Ballantine Book, New York, 1985.

18. Hawton, K., Salkovskis, P.M., Joan, Clark, D.M., *Cognitive Behavior Therapy for Psychiatric Problems – A Practical Guide*, Oxford University Press, 1991.

19. Holdevici, Irina, *Autosugestie şi relaxare*, Editura Ceres, Bucureşti, 1995.

20. Holdevici, Irina, *Elemente de psihoterapie*, ediţia a II-a, Editura ALL, Bucureşti, 1997.

21. Holdevici, Irina, *Psihoterapia tulburărilor anxioase*, Editura Ceres, Bucureşti, 1998.

22. Holdevici, Irina, *Gândirea pozitivă. Ghid practic de psihoterapie raţional-emotivă şi cognitiv-comportamentală*, Editura Ştiinţă & Tehnică, Bucureşti, 1999.

23. Holdevici, Irina, *Ameliorarea performanţelor individuale prin tehnici de psihoterapie*, Editura Orizonturi, Bucureşti, 2000.

24. Holdevici, Irina, *Hipnoza clinică*, Editura Ceres, Bucureşti, 2001.

25. Holdevici, Irina, Vasilescu, I.P., *Activitatea sportivă: Decizie – autoreglare – performanţă*, Editura Sport-Turism, Bucureşti, 1987.

26. Holdevici, Irina, Vasilescu, I.P., *Autodepăşirea în sport*, Editura Sport-Turism, 1988.

27. Holdevici, Irina, Vasilescu, I.P., *Psihoterapia – un tratament fără medicamente, Editura* Ceres, Bucureşti, 1993.

28. Huber, W., *Psihoterapie – Terapia potrivită fiecărui pacient*, Editura Ştiinţă & Tehnică, Bucureşti, 1997.

29. Sank, L., J., Shaffer, S., Carolyn, *A Therapist Manual for Cognitive Behavior Therapy in Groups*, Plenum Press, New York and London, 1984.

30. Wells, A., *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders*, John Wiley and Sons Chichester, New York, Weinheim, Brisbane, Singapore, Toronto, The 3th Edition, 1999.

0728655064
c comorbidity
comorbidity
ll Madagascar

Printed in Romania

grupul drago print

fed print sa

O societate **Butan Gas** 

B-dul Tudor Vladimirescu, nr. 31, sector 5, București, ROMÂNIA
Telefon: 335.93.18; 335.97.47
Fax: 337.33.77

„Psihoterapia anxietății. Abordări cognitiv-comportamentale" își propune să ofere un motiv de reflecție în legătură cu demersul psihoterapiei moderne și facilitează înțelegerea apariției tulburărilor care au la bază anxietatea.

Se remarcă prin amplitudinea de cunoștințe științifice transmise prin exemple foarte clare și prezentate sistematic.

Prezenta lucrare reprezintă o lucrare agreabilă care îmbină rigoarea și stilul academic cu aplicațiile practice și studiile de caz, tratate personal de autoare sau preluate din literatura de specialitate din țară sau străinătate.

Lucrarea se adresează deopotrivă medicilor și psihologilor interesați în problemele psihoterapiei, studenților la medicină și psihologie, dar și publicului larg, tuturor celor interesați în domeniul psihoterapiei cognitiv-comportamentale.

ISBN 973-95595-0-4